

МИНЗДРАВ РОССИИ
государственное бюджетное учреждение
высшего профессионального образования
«Дальневосточный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**В. Г. Дьяченко, В. Б. Пригорнев, Л. В. Солохина,
Н. А. Капитonenко, С. В. Дьяченко, П. Э. Ратманов,
Е. Ю. Руссу, Т. А. Костакова**

Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ

Монография

Под общей редакцией В. Г. Дьяченко



Хабаровск
Издательство ДВГМУ
2013

УДК 614.2:339.13(571.6)
ББК 51.1 (255):65.49
З–468

Рецензенты:

Завгородулько Валерий Николаевич, д-р мед. наук, проф.
Тимофеев Леонид Федорович, д-р мед. наук

З–468 Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ : монография / В. Г. Дьяченко, В. Б. Пригорнев и др.; под общ. ред. В. Г. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013. – 688 с.

ISBN978-5-85797-300-4

В монографии освещены промежуточные итоги преобразований системы здравоохранения Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ. Авторы рассматривают охрану здоровья дальневосточников как одну из составляющих стратегии безопасности государства с точки зрения формирования собственных трудовых ресурсов для инновационного развития экономики региона. По мнению авторов, инвестиции в здоровье дальневосточников должны выходить за рамки личных предпочтений или политических позиций руководителей государства и регионов, поскольку Россия в зависимости от уровня инвестиций в человеческий фактор может получить как положительные, так и отрицательные эффекты.

Настоящее издание рассчитано на руководителей, ответственных за формирование социальной политики и охрану здоровья населения субъектов РФ, администраторов ЛПУ всех уровней, а также медицинскую общественность Дальнего Востока России.

УДК 614.2:339.13(571.6)
ББК 51.1 (255):65.49

ISBN978-5-85797-300-4

© Дьяченко В. Г., Пригорнев В. Б.,
Солохина Л. В., Капитоненко Н. А.,
Дьяченко С. В., Ратманов П. Э.,
Руссу Е. Ю., Костакова Т. А., 2013
© Дальневосточный государственный
медицинский университет, 2013

Перечень аббревиатур

- АТР – Азиатско-Тихоокеанский регион
- БОМЖ – без определенного места жительства
- БСК – болезни системы кровообращения
- ВВП – валовой внутренний продукт
- ВРП – валовой региональный продукт
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ДФО – Дальневосточный федеральный округ
- ДМС – добровольное медицинское страхование
- ЗВУТ – заболеваемость с временной утратой трудоспособности
- ЗНО – злокачественные новообразования
- КМП – качество медицинской помощи
- КСГ – клинико-статистические группы
- ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
- МЗ – Министерство здравоохранения
- МКР – модель конечных результатов
- НИОКР – научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
- НХМ – новый хозяйственный механизм
- ОМС – обязательное медицинское страхование
- ПГГ – программа государственных гарантий
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
- РФ – Российская Федерация
- СМП – скорая медицинская помощь
- УФСИН – учреждения Федеральной службы исполнения наказаний
- ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
- ЦРБ – центральная районная больница

Оглавление

Предисловие	7
Введение	11
Глава 1. Дальний Восток России в начале XXI века: надежды и разочарования	22
1.1. Некоторые характеристики Дальневосточного федерального округа	24
1.2. Азиатско-Тихоокеанский регион – потенциальная зона роста мировой экономики	31
1.3. Существующие и потенциальные угрозы интересам и безопасности России на востоке страны	41
1.4. Перспективы встраивания Дальнего Востока России в систему экономических и политических приоритетов развития стран Азиатско-Тихоокеанского региона	51
Глава 2. здравоохранение Дальнего Востока России в XX веке: богатое наследство или пережитки прошлого	65
2.1. Организация медицинской помощи на Дальнем Востоке до 1917 г.	70
2.2. здравоохранение на Дальнем Востоке в 1918 –1945 гг	82
2.3. Дальневосточное здравоохранение во второй половине XX века	94
Глава 3. Характеристика отдельных социально-экономических показателей субъектов федерации Дальневосточного региона	111
3.1. Территориальные экономико-социальные особенности Дальнего Востока России	113
3.2. Рыночные реформы и борьба с бедностью	121
3.3. Численность и структура населения, миграционная активность	132
Глава 4. Состояние здоровья населения Дальнего Востока России	159
4.1. Динамика показателей заболеваемости населения Дальневосточного федерального округа	159
4.2. Болезни социального неблагополучия региона в условиях рыночных реформ	178
4.3. Заболеваемость населения Дальневосточного федерального округа по данным о причинах смерти	193
4.4. Анализ показателей инвалидности дальневосточников	199
Глава 5. Охрана здоровья подрастающего поколения в Дальневосточном регионе	203
5.1. Проблемы народонаселения и охрана здоровья женщин и детей	203
5.2. Основные характеристики службы охраны здоровья матери и ребенка в Дальневосточном федеральном округе	211

5.3. Региональные аспекты политики в сфере охраны здоровья матери и ребенка	252
Глава 6. Структура и ресурсная база лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения территорий Дальневосточного федерального округа	267
6.1. Некоторые характеристики современного этапа развития системы здравоохранения России	268
6.2. Состояние основных производственных фондов лечебно-профилактических учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации Дальневосточного федерального округа на 2011 год	277
6.3. Кадровые ресурсы лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения Дальневосточного региона	288
Глава 7. Медицинское страхование на Дальнем Востоке России	327
7.1. Идеология медицинского страхования граждан как отражение рыночных реформ	329
7.2. Медицинское страхование граждан Российской Федерации на Дальнем Востоке России	343
7.3. Перспективы дальнейшего развития системы медицинского страхования в условиях модернизации отрасли	365
Глава 8. Управление доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи населению Дальневосточного федерального округа	373
8.1. Обеспечение доступности медицинской помощи населению Дальневосточного федерального округа в условиях рынка ...	374
8.2. Проблемы обеспечения качества и эффективности медицинской помощи дальневосточникам в условиях рыночных реформ	387
8.3. Качество медицинской помощи в условиях глобализации рынков медицинских услуг	412
8.4. Безопасность медицинской помощи, оказываемой дальневосточникам	424
Глава 9. Рынки здравоохранения Дальнего Востока России	456
9.1. Предпосылки формирования рыночных отношений в здравоохранении	458
9.2. Рынок здравоохранения России и особенности его регулирования	465
9.3. Рынок здравоохранения Дальнего Востока России	480
9.4. Дальневосточный фармацевтический рынок и его регулирование	516
Глава 10. Модернизация отрасли здравоохранения Дальнего Востока России в условиях рыночных преобразований: стиль, стратегия и система	534

10.1. У истоков рисков успешной реализации программ реформирования здравоохранения субъектов Российской Федерации Дальневосточного федерального округа	536
10.2. Финансовое обеспечение региональных программ государственных гарантий оказания населению региона бесплатной медицинской помощи	560
10.3. Региональные программы модернизации здравоохранения Дальневосточного федерального округа	567
Глава 11 Перспективы реформирования здравоохранения Дальнего Востока России	582
11.1. Региональные аспекты охраны здоровья населения как отражение последствий рыночных преобразований	585
11.2. Программа действий, направленная на повышение уровня эффективности реформирования здравоохранения	602
11.3. Региональные аспекты концепции развития отрасли здравоохранения Дальневосточного федерального округа до 2020 года	626
Заключение	662
Литература	664
Сведения об авторах	684

Первый признак порчи общественных нравов – это исчезновение правды.

Правда, которая нынче в ходу среди нас – это не то, что есть в действительности, а то, в чем мы убеждаем других – это совершенно так же, как и с обращающейся между нами монетой: ведь мы называем этим словом не только полноценную монету, но и фальшивую.

Мишель де Монтень
«Об изобличении во лжи»

Предисловие

В России уже более двадцати лет продолжается реформа политической и экономической системы государства. Еще в 1996 году Б.Н. Ельцин сказал: «Ну, посмотрите, России просто не везет. Петр I не закончил реформу, Екатерина II не закончила реформу, Александр II не закончил реформу, Столыпин не закончил реформу. Я должен закончить реформу».¹ И не закончил...

Реформа, начатая М.С. Горбачевым, ознаменовалась развалом государства, потерей народами СССР самоидентификации, приходом к власти на постсоветском пространстве представителей партийной номенклатуры (Б.Н. Ельцина с соратниками), националистических группировок, кланов и др. На первом этапе была осуществлена либерализация цен, на втором – приватизация предприятий, а на третьем – чековая приватизация. По образному выражению М. Леонтьева, этот этап приватизации представлял собой игру, в которой «... 99 % игроков не знали, где находятся фишки, не знали, по каким правилам играют...».²

Еще в 1998 году Джеффри Сакс, советник Е.Т. Гайдара, сказал по этому поводу: «Главное, что подвело нас, это колоссальный разрыв между риторикой реформаторов и их реальными действиями. И, как мне кажется, российское руководство превзошло самые фантастические представления марксистов о капитализме. Они сочли, что дело государства – служить узкому кругу капиталистов, перекачивая в их карманы поскорее как можно больше денег.

Это не шоковая терапия, это злостная, предумышленная, хорошо продуманная акция, имеющая своей целью широкомасштабное перераспределение богатства в интересах узкого круга людей» (Независимая газета, 31.12.1998). Таким образом, переход от одной идеологической платформы к другой, от пла-

¹ «Это основная боль, которая за все эти годы прошла через меня». Борис Ельцин – Эльдару Рязанову 2 июня 1996 года. // The New Times. – 2007. – 30 апр.

² Радио «Маяк», 29.06.2007.

нового хозяйства к свободному рынку и западной демократии сопровождался переделом государственной собственности в пользу ограниченного круга лиц.

Как по мановению волшебной палочки в России исчезли миллионы рабочих, крестьян, строителей, ученых... Страна (и ранее отстававшая во многих высокотехнологичных отраслях экономики от развитых государств) исключила себя из соревновательного процесса за счет развала отечественной науки. На этом фоне продолжается опережающий рост числа банковских и торговых работников, что сформировало ситуацию, когда число торгующих превысило число работников промышленного сектора.

Относительно производственных мощностей промышленных предприятий – основы экономики любой страны, обеспечивающей людей работой и необходимыми товарами, а, следовательно, возможностью выживания, следует сказать отдельно. Сегодняшнее государство «проедает» то, что сотни миллионов лет назад создано природой и создавалось невероятными усилиями предыдущих поколений россиян, а инновации в отечественную промышленность, за редким исключением, отсутствуют. Следовательно, эти вопросы придется решать следующим поколениям, при этом разрыв между доходами беднейших слоев населения и богатыми продолжается увеличиваться, что сопровождается ухудшением показателей здоровья значительной части населения страны.

Трудность рыночных преобразований в России усугубляется территориальной дифференциацией экономического и ресурсного потенциала, образовательного уровня населения, сложных природно-климатических характеристик большинства регионов. Стартовые условия рыночных преобразований для отдельных областей страны, таких как Дальний Восток, были очень низкими.

По мнению директора ДальНИИ рынка Минэкономразвития России В.К. Заусаева «... следует иметь в виду, что 7-8 % роста Валового регионального продукта в год для нашего Дальнего Востока будет недостаточно, мы очень сильно отстаем в развитии от сопредельных территорий КНР. Нам необходимо ставить задачу не удвоения, а утроения ВРП, которое обеспечит ежегодный рост на 10-12 %. Это можно сделать за счет реализации высокоэффективных проектов ресурсодобычи. Например, проекты «Сахалин-1» и «Сахалин-2» дают такую экономическую отдачу, что вытягивают валовый региональный продукт всего Дальнего Востока. По нашим оценкам, только благодаря этим двум проектам, ДФО зарабатывает в целом больше, чем тратит?!... Поэтому, если стремиться к сиюминутной отдаче, необходимо заниматься освоением нефтегазовых месторождений Сахалина, Татарского пролива, Магаданского шельфа и других богатых углеводородами участков дальневосточных территорий».³

Управленческие решения по стратегии развития Дальнего Востока России должны быть результатом системного, всеобъемлющего анализа. К сожалению, за последние 20 лет не было сделано ничего подобного.

Отдельно исследуются вопросы демографии, трудовых ресурсов, конкурентоспособности, размещения производств, развития отраслей... По мнению ряда специалистов в принятой к реализации стратегии развития Дальнего Вос-

³ Зубов А. Нужен ли России Дальний Восток? Ж. «Золотой Рог» 18 июня 2012 г.

тока и Байкальского региона также отсутствует научная основа, потому она и сформирована таким образом, что не может достичь своей главной цели – закрепления и сохранения количественных и качественных параметров населения.

Результаты отдельных исследований, касающихся влияния последствий рыночных реформ 1990-х годов на здоровье населения Дальнего Востока России были опубликованы нами в 2000–2003 гг.⁴ Параллельно была сформирована научно-исследовательская программа «Разработка научных основ охраны здоровья и дальнейшего развития здравоохранения Дальневосточного региона в период его реформирования на 2001–2010 гг.». Реализация программы осуществлялась силами сотрудников кафедр общественного здоровья и здравоохранения Дальневосточных медицинских вузов. Кроме того, соисполнителями значительной части НИОКР были руководители органов управления здравоохранения территорий, отдельных ЛПУ и практикующие врачи. За прошедшие годы были проведены исследования по следующим направлениям.

- ✓ *Состояние и перспективы кадрового обеспечения медицинских учреждений территорий ДФО. Промежуточные результаты были опубликованы в журнале «Управление и власть на Дальнем Востоке», «Дальневосточном медицинском журнале», материалах международных конференций и др. В 2012 г. издана монография «Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса».*
- ✓ *Региональные особенности организации медицинской помощи женщинам и детям. Результаты исследований опубликованы в материалах IX съезда педиатров России, Дальневосточном медицинском журнале, монографии «Здравоохранение техноэкополиса Комсомольск–Амурск–Солнечны: настоящее и будущее», материалах I-го Всероссийского съезда работников муниципального здравоохранения, «Руководстве по социальной педиатрии» и др.*
- ✓ *Мониторинг результатов реформ отрасли здравоохранения. Результаты опубликованы в Тихоокеанском медицинском журнале, Дальневосточном медицинском журнале, материалах международной конференции (Хэган–Биробиджан), в журнале «Управление и власть на Дальнем Востоке», а также в монографиях «The Russian Federation», World health system. Challenger and Perspectives. Chicago, Illinois. USA, «Здравоохранение Колымы» и руководствах: «Менеджмент в здравоохранении», «Управление стоматологической помощью в новых экономических условиях», «Введение в общую врачебную практику в сто-*

⁴ • Дьяченко В.Г., Щепин В.О., Капитоненко Н.А. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. – Владивосток, 2000. – 310 с.

• Доклады «Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа». Изд. Центр ДВГМУ. 2001; 2002.

• Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы. Хабаровск. Изд. Центр ДВГМУ. 2003.-368 с.

матологии», а также в итоговых докладах НИОКР «Научный анализ сложившихся подходов к формированию программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Хабаровского края», «Реформирование медико-социальной сферы Магаданской области».

- ✓ *Большое внимание уделялось изучению доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению. Завершены исследования в Хабаровском, Приморском, Камчатском краях и Амурской области. По их результатам были опубликованы серия статей и монографии «Управление качеством услуг в современной стоматологии» (2005), «Качество в современной медицине» (2007), а также учебник «Управление качеством медицинской помощи» (2012).*
- ✓ *Значительная часть исследований проводилась по повышению эффективности управления службами отрасли здравоохранения, лекарственному обеспечению, по оптимизации работы первичной медико-санитарной помощи в городской и сельской местности, экономическому обоснованию программ госгарантий в субъектах РФ ДФО, аудиту медицинских учреждений, дорожному травматизму и др.*

Прошло более двадцати лет с начала формирования мало понятных тогда и совершенно непонятных многим россиянам сегодня принципов «перестройки» по Горбачеву и ее последствий, которые требуют от властных структур энергичных усилий по реформированию экономики, политического устройства и обеспечению национальной безопасности государства. Особую важность приобретают институциональные реформы системы охраны здоровья граждан в условиях рынка с учетом региональных особенностей.

Дьяченко Владимир Гаврилович

«...Если внимательно и долго прислушиваться, то, боже мой, как далека здешняя жизнь от России! Начиная с балыка из кеты, которым закусывают здесь водку, и, кончая разговорами, во всем чувствуется что-то свое собственное, не русское. ...мне все время казалось, что склад нашей русской жизни совершенно чужд коренным амурцам, что Пушкин и Гоголь тут не понятны и потому не нужны, наша история скучна и мы, приезжие из России, кажемся иностранцами...».

А.П. Чехов. Остров Сахалин

Введение

Слова классика русской литературы Антона Павловича Чехова, высказанные более ста лет назад относительно россиян, которые сознательно или в силу обстоятельств выбрали Дальний Восток в качестве «малой родины» остаются актуальными и в начале XXI века. Если внимательно прислушаться к тому, что говорят сегодняшние наши соотечественники, жители европейской части России и обеих ее столиц о Дальнем Востоке и дальневосточниках, то мы услышим созвучные Чехову интонации. И «жизнь здесь не та...», и «люди здесь не креативные...», и «все субъекты РФ ДФО – это зона экономической депрессии...», и «инновации здесь не внедряются...» и «вообще здесь отсталый регион, который живет своей, отличной от федерального центра жизнью...». Отношение большинства россиян к Дальнему Востоку, как к отдаленной окраине, отношение отдельных представителей власти к региону, как к некоей обузе федерального бюджета формируют весьма сложные настроения и у самих дальневосточников.

В современной России нет таких тесных и неформальных связей, в том числе и прямых контактов с дальним зарубежьем, как на Дальнем Востоке. В регионе огромные потенциальные запасы газа, нефти, алмазов, золота, платины, рыбы, древесины и пр. Но эти его богатства уже давно служат ресурсной базой для поддержки и развития других государств, в первую очередь Китая. Есть ли в России еще хотя бы один регион, который бы полностью был ориентирован на зарубежную экономику? Случись что-либо с экономикой центральной России, на Дальнем Востоке этого просто не заметят. Психологически дальневосточники уже готовы к самостоятельному существованию, т. е. переходу на самообслуживание в ЖКХ, социальной защите, образовании и здравоохранении. Именно в этом регионе самые высокие в России тарифы на все, да-

же «на жизнь». Именно в этом регионе, обезлюдевшем за годы социально-экономических реформ, самое большое число закрытых школ, больниц, врачебных амбулаторий, почтовых отделений и покинутых жителями населенных пунктов.

1. Сегодня следует признать, что уровень экономического развития Дальнего Востока России низкий, уровень жизни и доходы населения региона значительно ниже, чем в столичных и центральных регионах государства, процессы миграции продолжаются, хотя темпы их значительно снизились в последние годы. Значительная часть населения региона живет в условиях нищеты, в трущобах и бараках, построенных еще до Великой Отечественной Войны, как временное жилье для переселенцев, где бытует антисанитария, социальные болезни и отсутствуют элементарные коммунальные удобства (водопровод, канализация, центральное отопление). Все это усугубляется невероятным взлетом цен на услуги ЖКХ, гнетом ценовых тарифов на продукцию и услуги естественных монополий (ОАО РАО «ЕЭС России», ОАО «РЖД», ОАО «Роснефть» и др.), уровнем цен на продукты питания, ростом коррупции и преступности.

Бедность и низкий уровень здоровья значительной части населения региона образуют порочный круг. Бедность ведет к нездоровью в силу таких механизмов, как повышение личностных и экологических факторов риска, роста риска недостаточного питания, снижения доступа к знаниям и информации детей, подростков и молодежи и возможности получения квалифицированной медицинской помощи. В свою очередь, плохое состояние здоровья становится причиной бедности, поскольку оно связано с реальным падением доходов домашних хозяйств и способности молодежи к обучению, с ухудшением их работоспособности и качества жизни.

Таким образом, бедность – это одна из важнейших детерминант плохого здоровья жителей региона. Жизнь в бедности ассоциируется с более низкой продолжительностью жизни, относительно высокой младенческой смертностью, неудовлетворительным репродуктивным здоровьем, более высокими показателями распространения инфекционных болезней. Беднейшие слои населения Дальнего Востока России чаще болеют туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, среди них наблюдаются высокие показатели потребления психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотические средства) и распространение неинфекционных заболеваний и их осложнений (атеросклероз, гипертоническая болезнь, инфаркты и инсульты), а также депрессий и самоубийств. Бедные семьи постоянно сталкиваются с повышенным воздействием вредных факторов окружающей среды на их членов, особенно на беременных женщин, детей и подростков. Кроме самых бедных дальневосточников к группам особого риска по формированию повышенного уровня заболеваемости следует отнести людей с низкими доходами и недостаточным уровнем образования, членов неполных семей, одиноких пожилых и престарелых людей, инвалидов, безработных, рабочих-мигрантов и лиц, работающих на вредных производствах, а также лиц без определенного места жительства.

Развитой социализм, советская пропаганда, перестройка, социально-экономические реформы на рубеже XX-XXI веков сформировали у нашего народа и, почему-то у многих чиновников, стоящих у власти, целый ряд мифов и иллюзий об отечественной медицине. Иллюзорно мнение большинства сограждан, что наше здоровье полностью зависит от состояния здравоохранения. Это, пожалуй, на сегодня самая большая иллюзия. В современных условиях, для того чтобы эффективно охранять здоровье людей, необходим целый комплекс политических, экономических, юридических, социальных, медицинских, научных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других мер на государственном уровне, а охрана здоровья населения – это механизм, реализация которого зависит от социально-экономического развития государства.

Изучая историю родного Отечества, мы ищем корни настоящего. Анализируя настоящее, мы пытаемся узнать, что принесет нам будущее. Теория многополюсного, многополярного мира, которая получила широкое распространение среди различных ученых в России напоминает ностальгию по утерянному могуществу и величию Российской империи. В то же время исторический опыт показывает, что в случае конфликтов и противостояний, особенности при истощении сырьевых и человеческих ресурсов, международные правила, в лучшем случае, действуют до той поры, пока одна из сторон не почувствует угрозы проигрыша или поражения. После этого правила для этой стороны перестают существовать как сдерживающий фактор. Помимо этого необходимо учитывать, что современное мироустройство не находится в статическом состоянии, оно изменяется. При этом могущество полюсов, соотношение сил между ними постоянно изменяется. А это неизбежно будет приводить к очередным переделам сфер влияния и контроля. То есть, формирующаяся многополярная мировая система крайне нестабильна и неустойчива.

Способна ли такая система решить имеющиеся на сегодняшний день у России проблемы, не говоря уже о проблемах будущего? Вероятнее всего, уровень и широта межгосударственных конфликтов будет только повышаться, угрожая перейти в открытое противоборство как отдельных государств, так и их группировок, объединенных в различные союзы. Учитывая богатый опыт человечества по уничтожению себе подобных и уровень современного научно-технического прогресса, даже самые «невинные конфликты», могут поставить под вопрос существование как отдельных государств, так и мира в целом. Именно в такой ситуации очень важно сохранение и приумножение человеческого капитала, без которого никакого поступательного развития представить невозможно.

Экономические кризисы, посещающие мировую экономическую систему с завидным постоянством, только усиливают конфронтацию между отдельными государствами и союзами государств за рынки сбыта, рынки сырьевых ресурсов и др. Выражение «экономический кризис 2008-2010 годов» звучало, наверное, чаще любого другого выражения. Мировой финансовый кризис затронул или еще затронет практически все страны мира, за исключением самых бедных стран, которые и так находятся в перманентном финансово-

экономическом кризисе. Сегодня важно владеть актуальной информацией о современном экономическом кризисе и понять, что полезного можно извлечь из сложившейся ситуации.

К сожалению, в очередной мировой экономической кризис Россия вошла в довольно ослабленном состоянии, когда все двадцать лет после распада СССР пошли на политическую борьбу между различными группировками верхних эшелонов власти, а в экономике не было сделано реальных шагов, направленных на ее восстановление и последующее инновационное развитие. Нынешнее поколение россиян работает, в основном, на тех заводах, комбинатах, нефте- и газопроводах, тепло- и гидроэлектростанциях, которые были созданы в конце эпохи социализма. Новых мощностей в ключевых отраслях промышленности и энергетики, новых высокоэффективных технологий за период социально-экономических реформ последних лет практически не создавалось.

Несколько лет назад Президент России Д.А. Медведев по этому поводу говорил: «Престиж Отечества и национальное благосостояние не могут до бесконечности определяться достижениями прошлого, ведь производственные комплексы по добыче нефти и газа, обеспечивающие львиную долю бюджетных поступлений, ядерное оружие, гарантирующее нашу безопасность, промышленная и коммунальная инфраструктура – все это создано большей частью еще советскими специалистами, иными словами, это создано не нами. И хотя до сих пор удерживает нашу страну, что называется, «на плаву», но стремительно устаревает, устаревает и морально, и физически».¹

Национальное благосостояние в значительной мере определяет объем финансовых ресурсов, которые государство может позволить себе инвестировать в человеческий капитал, в том числе и в сохранение и приумножение здоровья населения. Это напрямую связано с уровнем развития отечественной промышленности и сельского хозяйства. В этой связи следует отметить, что за последние годы отечественная промышленность не только не модернизировалась, но и в значительной части перестала быть российской. Так, многие крупные российские компании зарегистрированы уже за рубежом. Например, ОК РУСАЛ (данные на начало 2010 г.), зарегистрирована на британском острове Джерси (офшор). «Да, действительно, если говорить о крупной промышленности, 95 % ее не только в офшорах, просто в иностранной юрисдикции... Крупной российской собственности: промышленности, банков и всего остального – это иностранная юрисдикция, это правда. То есть, фамилии граждан России, но при этом они владеют чем-то на Кипре или на Гибралтаре, или в Люксембурге, а это «что-то» уже владеет бизнесом в России».² В дополнение к этому, в отечественной промышленности многократно выросло количество совместных предприятий и организаций с участием иностранного капитала. Значительная часть прибыли уходит за рубеж, так что национальное благосостояние не меня-

¹ Послание Президента РФ Федеральному собранию РФ 12.11.2009.

² «95 % российской промышленности принадлежит иностранным офшорам!» // Текст беседы с председателем комитета Государственной Думы России по экономической политике и предпринимательству Е.А.Федоровым на радиостанции Финанс.ФМ 18.02.2010 в передаче «Сухой остаток»; www.finam.fm.

ется в лучшую сторону, а, следовательно, и уровень инвестиций в человеческий капитал остается минимальным.

В связи с этим, дальневосточники все чаще и чаще обращают свои взоры к Поднебесной, где в течение нескольких десятилетий идут реформы, однако результаты их просто не сопоставимы с результатами российских реформ.³ Одну из причин разных, а иногда просто несопоставимых, результатов реформ в России и Китае назвал директор факультета макроэкономики Китайской академии общественных наук, профессор Юань Миньгань: «У нас было общее прошлое, но дальше мы пошли разными путями. Все отрасли, связанные с сырьем и обороноспособностью, по-прежнему в руках государства. Крупные предприятия (нефть, металлургия, уголь, электричество, железная дорога, авиакомпании) под контролем правительства. В Китае не было такой грабительской приватизации, из-за которой в России сейчас столько проблем и почти полностью разрушено производство».⁴

Конечно, китайскими реформами руководили и руководят сами китайцы. А к решению главных государственных вопросов на пушечный выстрел не допускались западные советники, завлабы, дилетанты, воры и коррупционеры. «Проворовавшихся чиновников – в тюрьму или к стенке. Ежегодно расстреливают как минимум десять высокопоставленных государственных деятелей – в ранге губернатора или министра».⁵ Среди специалистов бытует мнение, что если была бы возможность в 90-х пригласить в качестве наших руководителей тех китайцев или сингапурцев, которые реформировали экономики своих стран, несомненно, Россию не нужно было вытаскивать сегодня из экономической ямы, а россияне жили бы на порядок лучше.

Как результат проведенных реформ следует рассматривать значительный уровень экономического расслоения граждан РФ. Соотношение 10 % самых богатых к 10 % самых бедных в России (децильный коэффициент) к 2011 году превышает 16.⁶ В то же время, самый низкий децильный коэффициент сформировался в скандинавских странах – Дании, Финляндии и Швеции – 3–4. В Германии, Австрии и Франции этот коэффициент варьируется от 5 до 7. Такое соотношение экономисты считают оптимальным. В среде политологов бытует мнение, что как только децильный коэффициент достигает 10, в стране появляются условия для массовых конфликтов на социальной почве, что требует значительных инвестиций в органы их подавления.

Экономическое неравенство в России коррелирует с неравенством в области здоровья, причем этот процесс имеет тенденцию к росту. Наблюдается разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между самыми богатыми и самыми бедными, который в последние годы превысил 10 лет. Как материальные, так и психосоциальные факторы оказывают несомненное влияние на различия в уровне здоровья граждан. При этом воздействие социально-экономических

³ Гельбрас В.Г. Китайская реальность России. М.: ИД «Муравей», 2001.

⁴ Маेतная, Е. Чайна без проблем / Е.Маेतная, А.Гришин // Московский комсомолец. – 2005. – 28 апр.

⁵ Газета «Дуэль» / www.duel.ru. – 2002. – 15 окт.

⁶ Коэффициент фондов (соотношение доходов 10 % наиболее и 10 % наименее обеспеченного населения) // Росстат.2010.

факторов ощущается по большинству патологических состояний и причин смерти. К их числу относятся следующие: бедность, низкий уровень образования, неуверенность в сохранении места работы, вредная или опасная работа, отсутствие перспектив служебного роста, плохое жилье, необходимость прилагать все усилия для того, чтобы прокормить семью и вырастить детей в трудных условиях, неадекватное пенсионное обеспечение. Как правило, в течение двух последних десятилетий, многие из этих неблагоприятных факторов воздействуют на одних и тех же людей, а их влияние на здоровье в процессе жизни носит кумулятивный характер. Чем дольше человек находится в стрессовой социально-экономической ситуации, тем больше изнашивается его организм и тем меньше он может рассчитывать на здоровую старость, но самое главное, на приемлемый уровень здоровья подрастающих поколений.

Мировой финансовый, продовольственный, топливный и экологический кризис начала XXI века еще больше подчеркивает необходимость воздействия на социальные детерминанты, поскольку страдания беднейших слоев населения могут оказаться просто невыносимыми. Свою озабоченность по поводу воздействия кризиса на системы здравоохранения высказали генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен и Директор Европейского регионального бюро ВОЗ Марк Данзон. Доктор Маргарет Чен отмечает, что кризис произошел во время беспрецедентно высокой приверженности делу охраны здоровья в мире. Он разразился в ходе проведения самой грандиозной инициативы в истории по уменьшению масштабов нищеты и более равномерному и справедливому распределению преимуществ, связанных со здоровьем – инициативы по достижению целей тысячелетия в области развития.⁷ А доктор Марк Данзон указывает на то, что больше других пострадают от сокращения бюджета бедные слои населения. Он считает, что мировой экономический кризис отрицательно скажется на объеме финансовых ресурсов, выделяемых на здравоохранение во всех странах мира, однако в странах с высоким уровнем дефицита бюджета его влияние на состояние здоровья населения будет несоизмеримо больше.⁸ Именно в условиях кризиса для беднейших слоев населения медицинская помощь, в том числе и первичная медико-санитарная становится малодоступной (Dahlgren G., Whitehead M., 1992).

Что же относительно России, то уровень доступности медико-санитарной помощи в значительной мере зависит не только от уровня доходов населения, но и от места проживания, т. е. от географической доступности. Под географической доступностью мы подразумеваем справедливое распределение медицинских услуг по территории России в целом, в отдельных регионах и населенных пунктах в частности. Для улучшения географической доступности необходимо оптимизировать распределение имеющихся ресурсов в соответствии с ме-

⁷ Воздействие глобального финансового и экономического кризиса на здоровье. Заявление Генерального директора ВОЗ д-ра Маргарет Чен. 17 ноября 2008 г.

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s12/ru/index.html>

⁸ The impact of the financial crisis. Q and A with Dr. Mark Danzon, WHO Regional Director for Europe. 21 November 2008. http://www.euro.who.int/mediacentre/20081121_3

стными потребностями. При этом имеется в виду, что индекс выделения ресурсов, основывающийся на численности и возрастной структуре населения (как это делается в настоящее время), должен быть дополнен информацией о социально-экономической структуре подлежащего обслуживанию населения.

Для России с ее крайне неравномерным расселением по территории страны проблема географической доступности медицинской помощи имеет непосредственное значение, прежде всего, для жителей регионов с низкой плотностью населения (Восточная Сибирь, Дальний Восток и Заполярье), а также сельского населения. Наиболее оптимальным вариантом обеспечения географической доступности медицинской помощи для населения является развитие первичной медико-санитарной помощи, особенно в отдаленных и труднодоступных регионах.

Что же относительно экономической доступности, то последняя предусматривает равный доступ населения страны к качественному медицинскому обслуживанию независимо от уровня доходов как семьи в целом, так и отдельных ее членов. Доступность в этом смысле определяется методом финансирования системы охраны здоровья населения, которая в начале XX века в России основывалась на прямом взимании платы за медицинские услуги и была наименее справедливой с точки зрения экономической доступности, поскольку значительные слои населения оказывались не в состоянии оплачивать медицинские услуги. Государственная система финансирования здравоохранения до начала 1990-х годов и обязательное медицинское страхование с 1993 года сформировали ситуацию, когда каждая категория населения Российской Федерации, хотя бы теоретически, должна иметь равный уровень экономического доступа к медицинским услугам. В условиях Дальневосточного региона, который последние два десятилетия представляет собой огромную зону экономической депрессии, отсутствие значительных инвестиций в человеческий фактор как со стороны государства, так и со стороны региональных элит, поставит население региона на грань вымирания.

Однако история освоения Дальнего Востока России знала и другие примеры. Так, в советское время приоритет государственной социально-экономической политики был смещен в сторону индустриального развития территорий этого региона. Были построены новые города: Комсомольск-на-Амуре, Амурск, Солнечный, Биробиджан, Арсеньев, Советская Гавань. С 1926 по 1992 г. численность дальневосточников выросла с 2,6 до 8,4 млн чел., т. е. более чем в три раза. Основная часть прироста населения пришлась на послевоенные годы. Динамичный рост численности населения и формирование позитивных демографических тенденций свидетельствовали об устойчивом развитии экономики Дальнего Востока в тот период (Заусаев В.К. с соавт., 2006). Конечно, в условиях интенсивного развития региона допускались отклонения. Например, несмотря на значительный рост населения в 1970-е и 1980-е годы и приток в регион преимущественно молодого контингента, шло снижение качества трудового потенциала. В обмене с другими регионами страны Дальний Восток терял более квалифицированный состав трудовых ресурсов, получая

взамен более молодые, но менее опытные кадры. Тем не менее, перепись населения 1989 г. показала, что на Дальнем Востоке доля людей с высшим образованием была на 5 % выше, чем в среднем по России...

Принятие в 1987 г. Программы социально-экономического развития Дальнего Востока и Забайкалья в значительной мере способствовало повышению показателей обеспеченности населения Дальнего Востока жильем, детскими дошкольными учреждениями, видами и объемами производства услуг в здравоохранении и образовании. По ряду показателей развития социальной сферы в расчете на душу населения Дальний Восток превысил в 1990-е годы средние показатели по России. Однако этого оказалось недостаточно для сдерживания оттока населения в постперестроечный период (Заусаев В.К. с соавт., 2005). Социально-экономические реформы двух последних десятилетий показали экономическую несостоятельность государства, а Программа социально-экономического развития Дальнего Востока и Забайкалья практически не финансировалась до 2007 года. В результате регион «потерял» около 2 млн постоянного населения за счет миграционного оттока в центральные регионы России и за рубеж. Следует отметить, что Дальний Восток России покидали и продолжают покидать наиболее молодые, образованные люди с высоким качеством здоровья.

К 2008 году внимание федерального правительства к развитию Дальнего Востока несколько усилилось, что связано с объявлением важнейшей геостратегической цели государства: «Обеспечение вхождения страны в Азиатско-Тихоокеанское экономическое и политическое сообщество». Главным механизмом достижения названной цели является интегрирование Дальнего Востока России в экономику АТР, при сохранении и повышении культурной и социально-экономической общности Дальнего Востока с Российской Федерацией. Достижение названной цели осложняется воздействием ряда объективных причин природно-климатического характера, в силу чего Россия в целом и Дальний Восток в особенности, имеют низкие стартовые позиции в конкурентной среде мирового хозяйства (Ишаев В.И., 1999).

Сегодня принято выделять четыре основных фактора эффективного встраивания России в мировую экономику. Первые три из них, весьма значимые именно для Дальнего Востока России, – это природные ресурсы; географическое положение; свободное, экологически чистое пространство. Но только опора на четвертый фактор – научно-образовательный, инновационный потенциал – способна вернуть государство в число мировых лидеров. Только резкое увеличение доли интеллектуального труда в создаваемой стоимости может обеспечить конкурентные преимущества отечественной продукции в мировой экономике.

Для Дальнего Востока России переход на инновационный путь развития особо актуален. Специфика экономики региона такова, что обрабатывающие производства имеют недостаточную конкурентоспособность. Основная причина их низкой конкурентоспособности – длительность технологических процессов, низкая оборачиваемость продукции, что связано как с отдаленностью

сырьевых рынков и высокими транспортными расходами, так и со сложившимися финансовыми ограничениями. Инновационные изменения позволят повысить эффективность обрабатывающих отраслей, увеличить объемы производимой в регионе валовой добавленной стоимости и нарастить валовой региональный продукт (Леонов С.Н., 2007).

Как следствие, долгосрочные перспективы развития экономики Дальнего Востока России определяются рядом причин. С одной стороны – современным социально-экономическим положением и местом региона в едином народнохозяйственном комплексе страны, ролью в сложившейся системе межрегиональных и внешнеэкономических связей; с другой – вероятными сценарными условиями, обуславливающими различные возможности модернизации региональной экономики, исходя из требований глобальных рынков. Рамочным ограничением при этом выступает требование устойчивого развития Дальневосточного региона и повышения благосостояния проживающего здесь населения.

По мнению специалистов, в рамках реализации этой стратегии могут быть выделены два основных сценария развития ресурсно-ориентированной экономики Дальнего Востока России, условно идентифицируемые как ресурсно-транзитный (инерционный) и инновационно-освоенческий. При этом предполагается, что реально экономическое развитие Дальнего Востока может осуществляться по некоторому промежуточному варианту, концентрирующему в себе отдельные особенности обоих сценариев. Но для реализации любой концепции экономического развития региона требуется постоянный уровень собственных трудовых ресурсов с высокими качественными характеристиками здоровья. Причем качественные трудовые ресурсы необходимы не только в промышленных зонах Крайнего Севера, где основой организации производства станет вахтовый метод работы, но и в южных зонах региона, где условия проживания более комфортны и имеются реальные возможности для организации перерабатывающих промышленных комплексов.

Формирование постоянного населения на юге Дальнего Востока – как стратегическая задача развития региона – должна сопровождаться структурной перестройкой экономики, инновационного развития перерабатывающих производств за счет создания технопарков. Эти процессы будут сопровождаться сбалансированной политикой привлечения иностранной рабочей силы. Следует помнить о том, что мощности образовательных учреждений региона должны быть достаточными для обучения китайских студентов с целью их последующего трудоустройства на отечественных предприятиях (Быстрицкий, С.П. Заусаев. В.К., 2007). В то же время, часть российских студентов уже сегодня необходимо готовить в вузах КНР с целью овладения языком, знакомства с культурными традициями китайского народа и основам китайского бизнеса.

Миграционно-демографическая ситуация на Дальнем Востоке России по уровню своей значимости и остроты вышла на первый план. Более половины населения региона – это старики, дети и инвалиды. В структуре мужского населения региона трудоспособного возраста значительная часть служат в системах

МВД, МЧС, ФСБ, вооруженных сил и частных охранных структурах. Мужская смертность во всех территориях ДФО значительно превышает женскую.

И, наконец, миграционно-демографическая ситуация региона дополняется кризисом социального капитала.⁹ Американский демограф Николас Эберстадт представил доклад «Российский демографический кризис мирного времени: размеры, причины, последствия»¹⁰, в котором сделана попытка объяснить длительный демографический кризис с точки зрения особенностей формирования социального капитала в современной России. По его мнению, «социальный капитал» находится преимущественно вне поля интересов большинства российских демографов, экономистов и социологов, в то время как Россия испытывает острый дефицит социального капитала. Прежде всего, это низкое доверие друг к другу, архаичные культурные нормы, неразвитость социальных сетей, низкий уровень способности россиян к самоорганизации и совместным действиям в общих интересах. Нехватка социального капитала компенсируется масштабным и жестким контролем бюрократии над экономикой и обществом. Не случайно на месте горизонтального самоуправления и саморегулирования в России с 2000 года сформировалась жесткая вертикаль власти. Такое замещение однако не является полноценным, поскольку пассивные и разобщенные граждане не могут поставить государство под должный контроль. Неудивительно, что такое государство неэффективно распоряжается своими обширными полномочиями.

Совсем недавно Правительство приняло концепцию развития России до 2020 г., где указано, что к 2015-2020 гг. наша страна войдет в пятерку стран-лидеров по объему ВВП. Внутренний валовой продукт на душу населения увеличится до 30 тыс. долларов. В 3-5 раз повысится производительность труда. Как следствие, средняя зарплата в стране будет не меньше 2,7 тыс. долларов, а пенсия – 25 тыс. рублей в месяц. Ключевую роль в достижении поставленной цели должны сыграть российские регионы. И особенно Дальний Восток. Он должен стать новой точкой экономического роста России.

Главная задача, которую государству предстоит решить на Дальнем Востоке, – это повышение качества жизни людей, закрепление в регионе трудоспособного населения, приумножение человеческого капитала. Иначе амбициозные планы по развитию региона, инновационному развитию нашей экономики, интеграции в АТР выполнить будет очень сложно.¹¹

«При нищих регионах не может быть богатого государства, а развитие Сибири и Дальнего Востока играет ключевую роль в позиционировании России в АТР», – сказал спикер Государственной Думы РФ Б. Грызлов на заседании третьего Дальневосточного международного экономического форума. В кон-

⁹ Понятие «социальный капитал» (очень близкое, если не идентичное, — «социальная синергия») употреблялось многочисленными исследователями (Пьер Бурдьё, Фрэнсис Фукуяма, Роберт Патнэм, Джеймс Коулман и др.)

¹⁰ Фернандо де ла Куадра. Американские аналитики пророчат россиянам вымирание. 18.08. 2010. Издательский дом «КОМПЬЮТЕРРА». <http://www.computerra.ru/>

¹¹ Вырастить «человеческий капитал» Дальнего Востока. «Золотой Рог», №79. 2008 г.

тексте обсуждаемых вопросов было высказано общее мнение о том, что основной задачей, которую предстоит решить, является повышение качества жизни дальневосточников. В то же время следует признать, что социальная платформа инновационного развития региона выглядит несбалансированно. В поисках лучшей жизни с Дальнего Востока ежегодно продолжают уезжать в западные регионы России десятки тысяч человек. Причем уезжает трудоспособная, наиболее образованная и активная часть населения. В одном из докладов форума прозвучало, что к 2025 г. на Дальнем Востоке при сохранении существующих тенденций может остаться всего 4,7 млн жителей, а к 2050 г. – менее 4 млн.

Причины продолжающегося оттока населения лежат на поверхности. Экономический хаос перестройки и постперестроечного периода привел к тому, что в регионе слабо развита качественная социальная инфраструктура, а основные промышленные объекты требуют огромных инвестиций. Есть и другой фактор, который определяет демографическую проблему региона – это низкий уровень жизни дальневосточников.

В первую очередь, сегодня в регионе необходимо создавать привлекательные и комфортные условия для жизни людей, для ведения бизнеса, развития высокотехнологичных производств, научной и образовательной деятельности. Речь идет о модернизации и развитии необходимой инфраструктуры – транспортной, энергетической, коммунальной. Кроме того, в поле модернизации должна попасть система охраны здоровья дальневосточников, исходя из местных реалий в виде региональных особенностей формирования патологии коренного и пришлого населения, инфраструктуры ЛПУ, оснащения их медицинским оборудованием, финансовыми и кадровыми ресурсами. Новая государственная политика, направленная на ускоренное развитие Дальнего Востока России, должна осуществляться не на словах, а на деле. Авторы этого издания склонны надеяться на то, что, в конце концов, произойдет перелом в отношении российской элиты к востоку страны, поскольку именно здесь будет решаться вопрос о судьбе России в XXI веке.

Если Вы не думаете о будущем – у Вас его не будет.
Голсуорси

Глава 1

Дальний Восток России в начале XXI века: надежды и разочарования

Анализ перспективы опережающего развития Дальнего Востока России показывает, что следует выделить четыре фактора эффективного встраивания России в мировую экономику. Природные ресурсы, географическое положение и свободное, экологически чистое пространство весьма значимы именно для Дальнего Востока России. Опора на четвертый фактор – научно-образовательный, инновационный потенциал – способна вернуть Россию в число мировых лидеров. Только резкое увеличение доли интеллектуального труда в создаваемой стоимости может обеспечить конкурентные преимущества региональной продукции в экономике стран АТР. Значительную часть вклада в перспективы инновационного экономического развития региона формирует количество и качество трудовых ресурсов региона, которое напрямую зависит от эффективности системы охраны здоровья дальневосточников.

В постсоветское время Дальний Восток России стал регионом социального неблагополучия, а значит, стал слабым звеном с точки зрения безопасности России. Регион подвергся самым неблагоприятным изменениям в социальной сфере. В число 20-ти российских регионов с наихудшей динамикой реальных денежных доходов входят 14 дальневосточных и сибирских субъектов. Жизнь здесь дороже в 1,5-2 раза, чем в европейской части России (не считая Москву и Санкт-Петербург), а продолжительность жизни меньше среднероссийской, что ставит регион в невыгодное положение с точки зрения социальных и демографических планов среднестатистической семьи. Сомнительно, что кто-либо с удовольствием будет жить и работать в этом регионе, если не произойдут коренные перемены.

Что можно сегодня и в будущем противопоставить слабости российского Дальнего Востока? Только программу его комплексного развития в русле современных экономических и технологических решений. Программу, аналогичную тем, которые были составлены и выполнены в 30-е и 60-е годы XX века, когда в 1930 году Политбюро ЦК ВКП(б) и Совнарком СССР приняли постановление, которое ставило задачу создания на Дальнем Востоке базы Красной армии и Рабоче-крестьянского флота, для чего предусматривались меры по развитию в регионе судостроения и самолетостроения, черной металлургии, лесной промышленности, переселению людей. Постановления 1967 и 1972 годов были направлены на комплексное развитие региона с опорой на формирование социальной и транспортной инфраструктуры (морские порты и железные дороги), ввод в строй новых предприятий машиностроения, рыбной промышленности, цветной металлургии и ряда других отраслей.

Сегодня нужна подобная, но более сбалансированная в социальном плане программа. Наряду с распространением на Дальневосточный регион общефедеральных программ по модернизации и инновационному развитию, наряду с целевыми национальными проектами, необходима разработка стратегии, которая бы кроме инновационного развития экономики региона, формирования донорских ресурсных функций для развития экономик соседних государств АТР, а также опережающее развитие жилищного строительства, повышение уровня оплаты труда хотя бы до уровня федеральных столиц и др.

Инновационная экономика – это экономика высокого качества жизни, интеллекта, образования, науки и высококачественного человеческого капитала. Ключевым сосредоточенным элементом инфраструктуры инновационной системы является эффективный технопарк нового типа, базирующийся на достижениях и опыте мирового венчурного бизнеса, на специалистах мирового уровня, на прозрачности и конкуренции, на инвестициях частных инвесторов с опытом работы в венчурном бизнесе, составляющих не менее половины всех инвестиций. В целом же в развитой современной экономике инновационная деятельность охватывает более половины всех предприятий. То есть она рассредоточена по всем видам экономической деятельности.

Локомотивом инновационной экономики, движения инновации от идеи до товара и покупателя, генератором идей и инноваций является конкуренция во всех видах деятельности. Конкуренция стимулирует предпринимателей создавать новую инновационную продукцию, чтобы удерживать и расширять свою нишу на рынке, увеличивать прибыль. Свободная конкуренция и есть основной стимулятор новых знаний, инноваций и эффективной инновационной продукции. Инновационная система и экономика, венчурный бизнес в развитых странах являются моделями для развивающихся стран, к которым относится Россия.

Программа инновационного развития региона имеется, речь идет об утвержденной в конце декабря 2009 года «Стратегии социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 года». Ее целью определено «закрепление населения на Дальнем Востоке и в Байкальском регионе за счет формирования развитой экономики и комфортной среды обитания человека..., а также достижения среднероссийского уровня социально-экономического развития». В документе говорится, что стратегические ориентиры «должны опираться на реализацию комплексных мер государственной поддержки, включая создание системы специальных преференций и стимулов». Реализация этой или подобной программы невозможна без значительных инвестиций в человеческий капитал, который в широком смысле представляется в виде интенсивного производительного фактора экономического развития. Он, в свою очередь, включает развитие регионального сообщества, образованную часть трудовых ресурсов, знания, инструментарий интеллектуального и управленческого труда, среду обитания и трудовой деятельности, обеспечивающие эффективное и рациональное функционирование человеческого капитала как производительного фактора развития.

1.1. Некоторые характеристики Дальневосточного федерального округа

Политические, экономические и социальные реформы конца XX и начала XXI веков отрицательно сказались на здоровье дальневосточников и системе оказания медицинской помощи населению. С 90-х годов XX века уменьшилось и без того скудное финансирование отрасли. Существующая в настоящее время региональная система здравоохранения имеет структурные диспропорции и системные недостатки управления – это ориентация на экстенсивные показатели, отсутствие действенной мотивации труда персонала, сверхцентрализация управления ЛПУ, догматичность организационных форм ЛПУ, низкий уровень подготовки руководителей учреждений здравоохранения к работе в новых экономических условиях и ряд других.

И хотя региональное здравоохранение продолжает выполнять возложенные на него задачи, стараясь обеспечить максимально возможный уровень медицинской помощи населению региона в условиях продолжающегося экономического кризиса и дефицита финансирования ПГГ, результаты охраны здоровья не впечатляют. Наблюдаются проблемы демографического плана, рост показателей заболеваемости и инвалидности всех возрастно-половых групп населения. Внутренние резервы региональной системы охраны здоровья дальневосточников фактически исчерпаны, что привело в течение последних 5-10-ти лет к накоплению «усталости» структуры ЛПУ (основные фонды, кадровые, материально-технические и финансовые ресурсы).

Территория Дальневосточного Федерального округа простирается по меридиану на 34° – от архипелага Де-Лонга ($76^\circ 30'$ с. ш.) до южной границы Приморского края ($42^\circ 05'$ с. ш.), по параллели – на $64,5^\circ$ – от крайней западной точки республики Саха (Якутия) ($105^\circ 10'$ в. д.) до крайней восточной оконечности мыса Дежнева в Чукотском автономном округе ($170^\circ 05'$ в. д.) (рис. 1.1). Суша Российского Дальнего Востока протянулась вдоль побережья Тихого океана на 4 500 км. На территории ДФО расположено девять субъектов РФ: Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Приморский край, Хабаровский край, Амурская, Магаданская, Сахалинская, Еврейская автономная области и Чукотский автономный округ. Несмотря на самую большую территорию в России, доля проживающего населения в ДФО является минимальной по стране и составляет всего 4,6 % от всего населения. Средняя плотность населения составляет менее 2,0 человек на 1 кв. км. Городских поселений в регионе 305, в т. ч. с населением от 500 тыс. до 1 млн человек – 2; от 250 тыс. до 500 тыс. человек – 1; от 100 тыс. до 250 тыс. человек – 6; менее 100 тыс. человек – 296. Насчитывается более 2 500 сельских населенных пунктов (в т. ч. без населения, оставленных людьми – более 200), из них с числом жителей свыше 100 человек – около 2 000.



Рис. 1. Дальний Восток России

Основой промышленности Дальнего Востока являются несколько тысяч промышленных предприятий, оснащенных преимущественно устаревшим технологическим оборудованием. Самый высокий уровень развития у горнодобывающей промышленности, особенно добывающей алмазы, золото и платину. Ведется добыча полезных ископаемых: каменного и бурого угля, полиметаллических и оловянных руд, нефти, природного газа, слюды, поваренной соли, золота, алмазов. Развиты черная и цветная металлургия, машиностроение и металлообработка, судостроение и судоремонт, нефтепереработка, а также лесная и деревообрабатывающая, текстильная, пищевая и рыбная отрасли промышленности.

Транспорт в экономике российского Дальнего Востока играет особую роль: он должен связывать в единый хозяйственный комплекс города, поселки и предприятия, удаленные друг от друга на большие расстояния, способствовать освоению новых территорий. Однако развитие транспорта в ДФО отстает от соседей по АТР (Китай, Республика Корея, Япония и др.) на 20-30 лет.

Преобладание в регионе горного ландшафта, сложные климатические условия – низкая температура окружающей среды в зимнее время года, высокая температура при высокой влажности в летнее, частые обильные осадки в виде дождя и снега на большей территории округа, плохая видимость из-за длительных туманов в прибрежных и морских районах – затрудняют и усложняют организацию медицинской помощи населению. Дополнительные сложности соз-

дает недостаточно развитая сеть автомобильных дорог с некачественным дорожным покрытием. Невозможность использования некоторых из них как транспортных путей для эвакуации пациентов зимой и в дождливый период.

ДФО имеет природно-очаговые инфекции, не встречающиеся в других регионах России, в частности – это природно-очаговые зоонозы, основным резервуаром и переносчиками которых являются мышевидные грызуны. К данной группе относятся геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), лептоспироз и псевдотуберкулез. Другую группу представляют природно-очаговые трансмиссивные инфекции: клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз, бабезиоз, гранулоцитарный и моноцитарный эрлихиозы, а также клещевой риккетсиоз. Основным резервуаром и переносчиками этих заболеваний являются иксодовые клещи. В настоящее время эти инфекции представляют важную регионарную медико-социальную проблему, значение которой все больше возрастает по мере выявления новых, ранее неизвестных природно-очаговых болезней, ассоциированных с иксодовыми клещами.

Отсталость экономики, транспорта и социальной сферы, климатогеографические особенности региона накладывают отпечаток на организацию оказания населению медицинской помощи. На Российском Дальнем Востоке работает более 32 тысяч врачей (51 врач на 10 тыс. кв. км), около 100 тыс. медицинских работников со средним медицинским образованием. Функционируют около 1 300 больниц (одна больница приходится на 4 780 кв. км территории). В них имеются 114 тысяч коек (183 койки – на 10 тыс. кв. км территории).

В ДФО в течение двух последних десятилетий реализуются рыночные механизмы развития экономики и народного хозяйства, не обошли эти новации и традиционную систему производства и оказания медицинских услуг дальневосточникам. Безусловно, что на фоне экономически интенсивно развивающихся субъектов РФ других федеральных округов, все без исключения 9 субъектов РФ ДФО представляют собой зону экономической депрессии. Это отрицательно сказывается на уровне инвестиций в здравоохранение и, в частности, в перевооружение ЛПУ, подготовку кадров для этой отрасли, что усугубляется их стремительным оттоком в относительно благополучные территории России.

Здоровье населения ДФО является важнейшим элементом безопасности региона. Для сохранения и умножения потенциала здоровья дальневосточников требуется инвестировать в отрасль значительную часть валового регионального продукта, поскольку без достаточного уровня качества трудоспособного населения невозможно поступательное развитие региональной экономики. Сохранение здоровья экономически активного населения региона, своевременное выявление, предупреждение, лечение и реабилитация различных групп заболеваний, в том числе профессиональных и производственно обусловленных является необходимым условием развития экономики региона.

В течение последних десяти лет в здравоохранении региона реализуются высокотехнологичные виды медицинской помощи, методы пренатальной диагностики, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью, разработаны принципиально новые поколения лекарственных средств, что позволяет

расширить возможности раннего выявления заболеваний и эффективного лечения больных. Однако внедрение таких диагностических и лечебных технологий в ЛПУ отрасли здравоохранения требует инвестиций, которые должны быть направлены на ключевые, приоритетные направления, что позволит получить максимальный эффект в области улучшения состояния здоровья дальневосточников.

В начале XXI века для России становятся опасными ползучие процессы постепенного отчуждения Дальнего Востока и Восточной Сибири от общегосударственного развития. Эти процессы могут усилиться в силу «нарастания сепаратистских тенденций, действий пятой колонны внутри страны, утраты способности и политической воли у центральной власти для наведения порядка в собственном доме»¹. Руководители Китая объективно заинтересованы в переориентации Сибирского и Дальневосточного регионов на Пекин. Именно в таких условиях вполне реально возникновение односторонней зависимости России от КНР в экономике и политике. Это приведет к утрате внешнеполитической, а в перспективе и внутривластной свободы, к превращению Российской Федерации в сырьевой придаток не только Запада, но и Китая. А такая зависимость Приморья, Приамурья и Забайкалья от торговли, поставок продуктов питания, изделий легкой промышленности из КНР стала свершившимся фактом. Демографическая сфера тоже вызывает много тревог и опасений. Здесь иммиграционная политика центральных и региональных властей формирует высокую степень рисков. Их реализация может привести к тому, что тихая китайско-корейская экспансия к середине XXI века сформирует в России трудовую диаспору от 7-ми до 10-ти млн китайцев, которые, таким образом, станут второй по численности этнической группой Восточной Сибири и Дальнего Востока – после самих русских.

При продолжении нынешнего геополитического курса у России, вероятно, нет большого выбора во внешней политике. В XXI веке, если не произойдет коренных изменений в экономической, социальной и военной сфере России, то она станет младшим партнером Китая. Причем, это в лучшем случае, а в худшем – китайцы смогут легко отказаться от совместного освоения Дальнего Востока и Восточной Сибири. В таком случае весьма вероятна стратегия решения этнических проблем путем насильственной ассимиляции проживающего там населения, как они это делают на протяжении десятилетий в Синьцзяне, Тибете и других субрегионах КНР.

В реальных условиях необходимо решать проблему создания системы экономической, инвестиционной, научно-технической, военно-промышленной взаимозависимости Москвы и Пекина, одновременно развивая равноправные взаимовыгодные отношения со странами Азиатско-Тихоокеанского региона, прежде всего с Японией, Северной и Южной Кореей, а также с США. Интернационализация развития Сибири и Дальнего Востока предотвратит односторон-

¹ Дугин А. Основы геополитики. — М.: Арктогея, 1997. — С.360–362.

ную китаизацию этих регионов. Безусловно, деятельность интернациональных компаний, концессий должна быть под жестким контролем правительства РФ.

Мировая система политических и экономических отношений переживает процесс ослабления глобального влияния Евроатлантики в пользу Азиатско-Тихоокеанского региона, который по глубине геополитических процессов, по своей международно-политической мощи постепенно выходит на первое место в мире.

Оценивая складывающуюся международную обстановку, необходимо отметить, что мир вошел в период крайней нестабильности, неопределенности и пониженного уровня безопасности. Механизмы государственного, регионального и международного контроля за происходящими в мире процессами все чаще дают сбой. Подобных «пустот», особенно в сфере защиты национальных интересов, появляется все больше.²

Как показывают результаты социально-экономических и политических реформ последних десятилетий, в Сибири и на Дальнем Востоке России не исчерпана почва для межэтнических, политических и экономических конфликтов, освоение природных ресурсов страдает от неудовлетворительного планирования и использования устаревших технологий, в результате чего наносится непоправимый экологический ущерб окружающей среде.³ В территориях Русского Севера впереди промышленного освоения природных ресурсов возможно было бы формирование инфраструктур для эко- и этнотуризма.

Как для Сибири, так и для Дальнего Востока России в качестве важных целей экономического роста и экономического развития особое значение придавалось освоению природных ресурсов. Древесина, нефть, природный газ, уголь, алмазы и цветные металлы (особенно золото) были главным объектом эксплуатации ресурсов в этих регионах.⁴ Перед Федеральным Правительством России стоят достаточно сложные задачи по региональному планированию политических и экономических параметров развития этих огромных по территории регионов. Правительство находится под значительным давлением со стороны развитых стран и международных банковских организаций, которые призывают к перестройке в экономике, внедрению рыночных принципов, и формированию политически стабильных условий для иностранной помощи и инвестиций.⁵ Что же относительно природных ресурсов, то именно они рассматриваются в качестве залога для финансовой помощи и инвестиций.

²Ивашов Л.Г. Геополитические угрозы безопасности России. – 2009. – <http://www.akademiagp.ru/main/news/27-geopoliticheskie-ugrozy-bezopasnosti-rossii.html>

³ IWGIA, Indigenous Peoples of the Soviet Far North, «International Work Group for Indigenous Affairs Document 67» (Copenhagen: IWGIA) 1991), «Russia's Greens. The Poisoned Giant Wakes Up, «The Economist 313(7627): 23-26 (1989).

⁴ V. Conolly, *Siberia Today and Tomorrow*. (London: Collins) 1975; F. I. Kushnirsky, *Soviet Economic Planning, 1965-1980*. (Boulder, CO: Westview) 1982; SV Slavin «Leninskie idei i osvoenie sovetskogo severa» (Leninist ideas and the mastery of the Soviet North), «Letopis' Severa» 10: 3-22 (1982); J. Tichotsky, «Use and Allocation of Natural Resources in the Chokotka Autonomous District», «Institute of Social and Economic Research, University of Alaska, Anchorage, 1991; A. Wood and R A. French, editors, *The Development of Siberia: Peoples and Resources* (New York: MacMillan) 1989.

⁵ «Yeltsin Proves a Charmer as He Ventures into Capitalists' Den» *New York Times*, February 2, 1992 (p. 8).

По мере формирования России как развивающегося государства хоть и с ориентированной на сырье экономикой, она становится объектом геополитического противоборства, как и другие районы мира. Политика влияния развитых экономик мира на эти регионы и государства во многом будет определять геополитический статус будущих цивилизаций и государств, динамику их развития, степень внешней и внутренней безопасности, уровень суверенности. В начале XXI века все отчетливее видно, что наиболее динамично развиваются и обретают ведущие позиции в мировых процессах восточные цивилизации, прежде всего, – это Китай и Индия.

Сегодняшние геостратегические интересы России в АТР предусматривают сохранение территориальной целостности страны, неприкосновенность ее границ, недопущение роста военно-политической напряженности в регионе, создание устойчивой системы обеспечения региональной безопасности, решение экологических проблем. В концепции внешней политики Российской Федерации, утвержденной указом Президента Д.А. Медведева, отмечено: «В контексте многовекторной внешней политики Российской Федерации важное и всевозрастающее значение имеет Азиатско-Тихоокеанский регион, что обусловлено принадлежностью России к этому динамично развивающемуся району мира, заинтересованностью в использовании его возможностей при реализации программ экономического подъема Сибири и Дальнего Востока, необходимостью укрепления регионального сотрудничества в сфере противодействия терроризму, обеспечения безопасности и налаживания диалога между цивилизациями...».⁶

Проблемы России в АТР неоднократно рассматривались высшим руководством государства. В ноябре 2002 г. Совет Безопасности Российской Федерации на своем выездном заседании рассмотрел вопросы обеспечения национальной безопасности в Дальневосточном федеральном округе. Были сформулированы основные проблемы региона, представляющие угрозы национальной и региональной безопасности⁷: разбалансированность экономики (ее сырьевая направленность); нерациональное использование природных ресурсов; демографические, инфраструктурные, миграционные, экологические проблемы, которые приводят к напряженности в социальной сфере; попытки криминальных структур непосредственно влиять на развитие наиболее эффективных отраслей экономики; развитие транснациональной преступности и международного терроризма; контрабанда биоресурсов и сырья, промышленных товаров; наличие наркотрафиков; внешнеполитические факторы (большая протяженность морских и сухопутных границ, требующая повышенных мер обеспечения безопасности; территориальные притязания соседних государств; так называемые отложенные региональные конфликты; недостаточно развитые внешнеэкономические связи с государствами АТР); низкая боеспособность и боеготовность

⁶ Концепция внешней политики Российской Федерации. – 15 июля 2008 года // <http://www.kremlin.ru/acts/785>

⁷ Региональная и национальная безопасность на Дальнем Востоке. Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. Специальный выпуск. – 2005. - № 28 (280). – 62 с. – http://council.gov.ru/inf_sl/bulletin/item/246/index.html

Тихоокеанского флота, частей и подразделений Дальневосточного военного округа.

Был принят ряд решений, которые не были выполнены в полном объеме и не привели к изменению ситуации в регионе. В декабре 2006 г. на заседании Совета Безопасности Российской Федерации повторно был рассмотрен вопрос «Об обеспечении национальной безопасности на территории Дальневосточного федерального округа». На этом заседании была дана оценка ситуации в регионе как угрожающей национальным интересам России.

В соответствии с решением Совета Безопасности и поручением Президента Российской Федерации для решения задач опережающего развития региона и обеспечения экономической безопасности на Востоке России была разработана и 28 декабря 2009 года утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации Стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона до 2025 года⁸. Основным механизмом ее реализации является федеральная целевая программа «Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья на период до 2013 года». Реализация стратегии должна была вывести регион на новый уровень и способствовать интеграции России в АТР. Но, к сожалению, мировой финансово-экономический кризис внес свои коррективы, которые привели к резкому сокращению финансирования ФЦП ДВиЗ (за исключением подпрограммы «Развитие г. Владивостока как центра международного сотрудничества в АТР» для проведения в 2012 г. Саммита стран Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества).

В то же время соседи по АТР, в частности КНР, уже в течение более чем 20 лет реализуют на деле национальную стратегию поступательного развития. Население Китая уже составляет 1,32 миллиарда человек, а его ВВП в 2008 году достиг 4 326 млрд долларов, выйдя, по данным Всемирного Банка, на третье место в мире. Население же России составляет всего 141 миллион человек, а ВВП в 2008 году равнялся 1 601 миллиарда долларов, что ставит его на 9-е место в мире, по данным того же источника.

На начало 2000-х годов общее население дальневосточных и сибирских районов России составляло 27 млн, а их общий региональный валовой продукт достигал 110 миллиардов долларов США в год, по данным, взятым из речи тогдашнего губернатора Красноярского края Александра Хлопонина на Байкальском экономическом форуме в 2006 году. Для сравнения, 100 млн человек – это население трех китайских провинций, примыкающих к российскому Дальнему Востоку, по данным статьи Роберта Каплана (Robert Kaplan) в майском выпуске 2010 года американского журнала Foreign Affairs. По данным этого известного эксперта по Китаю, плотность населения на китайской стороне границы в 62 раза выше, чем на российской стороне.

Рост экономики и демографии Китая, скорее всего, будет и дальше продолжаться темпами, недостижимыми для России; а уж тем более для Восточной

⁸ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2009 года №2094-р // <http://government.ru/gov/results/9049/>

Сибири и Дальнего Востока. Для этих регионов единственным способом избежать дальнейшей депопуляции населения может стать усиление миграционных процессов из-за рубежа. Таким образом, нет ничего удивительного в том, что в своей речи в 2008 году А. Хлопонин заявил, что быстрый рост стран азиатско-тихоокеанского региона, в том числе и Китая, является основной проблемой для России.

Вероятно, Россия должна воспользоваться несколькими десятилетиями, которые у нее еще есть, чтобы осуществить военную реформу и обеспечить себе традиционные вооруженные силы, способные сдержать военную угрозу вдоль границ России, обеспечивающие паритет России с Армией Народного Освобождения Китая, продолжая при этом поддерживать ядерный фактор сдерживания на надежном уровне. Российские власти должны выделить ресурсы и принять меры по прекращению депопуляции и заселению районов Дальнего Востока и Сибири, обеспечить социально-экономический рост региона. Только это поможет избежать дальнейшего углубления невоенных противоречий, которые повышают вероятность кризиса в отношениях с Китаем, который может, в конечном счете, перерасти в вооруженный конфликт.

1.2. Азиатско-Тихоокеанский регион – потенциальная зона роста мировой экономики

Азиатско-Тихоокеанский регион является крупнейшим геополитическим звеном в архитектуре современного мира. К этому региону сейчас принято относить страны, расположенные по периметру Тихого океана, в том числе Америки. Кроме того, налицо тенденция присоединять к АТР и Индию, страну Южной Азии, так как часть ее береговой линии омывается водами Тихого океана. Таково широкое определение Азиатско-Тихоокеанского региона. Но существует и первоначальное, узкое понятие, подразумевающее только государства Тихоокеанской Азии (табл. 1).

Регион, к которому относят, по разным оценкам, от 32 (без малых островных стран) до 43 государств (с малыми островными странами), имеет еще одно название – «Тихоокеанское кольцо».

Это страны с разными политическими системами и экономиками: Россия, Китай, Япония, Северная и Южная Корея, Малайзия, Сингапур, Тайвань, Индонезия, Филиппины, Австралия, США, Канада и другие. Штаб-квартиры многих межгосударственных и негосударственных организаций Азиатско-Тихоокеанского региона расположены в Гонолулу (Гавайи).

Государства и территории АТР. Субрегионы⁹

«Азиатская дуга» (22)	«Австралия и Океания» (30)	«Американская дуга» (16)
<i>Северо-Восточная Азия (СВА) (9)</i>		<i>Северная Америка (5) (СА) – НАФТА (3)</i>
Россия	Австралия	Канада
Япония	Новая Зеландия	США
КНДР	Папуа – Новая Гвинея	Мексика
Республика Корея	Фиджи	Гренландия
Монголия	Тонга	Сен-Пьер и Микелон
КНР	Самоа	<i>Центральная Америка (6) (ЦА) – ЦАОР (6)</i>
Сянган (Гонконг)	Науру	Гватемала
Аомэнь (Макао)	Американское Самоа	Сальвадор
Тайвань	Гуам	Гондурас
	Вануату	Коста-Рика
<i>Юго-Восточная Азия (ЮВА) (13) – АСЕАН (10)</i>	Кирибати	Никарагуа
Бруней	Кокосовые острова	Панама
СВР	Кука острова	<i>Южная Америка (5) (ЮА) – Андский пакт (4)</i>
ЛНДР	Маршалловы острова	Колумбия
Мьянма	Мидуэй острова	Эквадор
Камбоджа	Микронезия	Перу
Таиланд	Ниуэ	Венесуэла
Малайзия	Новая Каледония	Чили
Филиппины	Норфолк остров	
Индонезия	Палау	
Сингапур	Питкэрн острова	
Тимор-Лешти	Рождества остров	
Парасельские острова	Северные Марианские острова	
Спратли острова	Соломоновы острова	Спратли острова
	Токелау	
	Тувалу	
	Уоллис и Футуна	
	Уэйк остров	
	Французская Полинезия	

Сегодня на долю АТР в его широком понимании приходится до 23 % земной суши, 40 % населения земного шара, около 60 % мирового ВВП, а также примерно половина совокупного объема мировой торговли и мировых зарубежных инвестиций.¹⁰

⁹ Азиатско-Тихоокеанский регион: региональные проблемы, международные организации и экономические группировки. Справочник. – М.: Восток – Запад, 2010. – 320 с.

¹⁰ Азиатско-Тихоокеанский регион: региональные проблемы, международные организации и экономические группировки. Справочник. – М.: Восток – Запад, 2010. – 320 с.

АТР – один из наиболее динамично развивающихся районов мира, в котором сосредоточены крупные экономические, финансовые, технологические и человеческие ресурсы, значительный инновационный потенциал.¹¹

Комбинация различных факторов в регионе почти повсюду привела к сдвигу в сторону либерального, рыночно ориентированного общества. Главные перспективы в регионе связывают с глобализацией и дальнейшей либерализацией. Фактически все национальные правительства осуществляют серию политических инициатив, включающих модернизацию финансовых институтов, увеличение инвестиций в образование и подготовку кадров для глобального рынка.

Характерной особенностью современной обстановки в АТР является высокая динамика политических и экономических процессов, формирующих устойчивую тенденцию к превращению его в важнейший центр мировой политики и экономики, сопоставимый с евроатлантическим. По целому ряду показателей этот рубеж уже достигнут.¹²

Страны, по тем или иным причинам выпадающие из общерегиональной тенденции стабильного и быстрого экономического подъема и оказывающиеся в положении «догоняющих» (к их числу, к сожалению, относится пока и Россия), объективно находятся в менее выгодных условиях для полноценного участия в процессе тихоокеанского сотрудничества, включая формирование структур военной безопасности.

Политический облик региона. В АТР наблюдается пестрая палитра политических режимов и систем: от монархий (реальных и декоративных) и других авторитарных структур – до общепризнанных демократий. Все эти институты отражают сложность и заметную противоречивость общеазиатского политического процесса. Продолжается модернизация политических институтов, в отдельных странах проводятся политические, экономические и военные реформы. Наряду с этим в отдельных странах население продолжает жить в условиях тоталитарных режимов и военных диктатур.

В настоящее время ситуация в АТР складывается под воздействием следующих факторов¹³:

- ✓ *увеличение численности субъектов международных отношений, определяющих политический климат в регионе (международные организации, транснациональные компании, отдельные авторитетные лидеры), повышение международного статуса развивающихся стран в мировой и региональной политике и экономике;*
- ✓ *движение к многополярному мироустройству как отражение глобализации в региональном разрезе;*
- ✓ *тенденция во внешней политике стран региона к широкой диверсифи-*

¹¹ Выступление министра иностранных дел России С. В. Лаврова на заседании Делового консультативного совета форума «Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество», Москва, 12 мая 2008 года. Бюллетень Департамента информации и печати МИД РФ. М., 15.05.2008. С. 1.

¹² Кортунов С.В. Россия в АТР: национальные интересы. – <http://www.wpec.ru/text/200801250123.htm>

¹³ Азиатско-Тихоокеанский регион: региональные проблемы, международные организации и экономические группировки. Справочник. – М.: Восток – Запад, 2010. – 320 с.

кации при исчезновении идеологической составляющей международных отношений;

- ✓ *выдвижение экономического сотрудничества на первый план в системе международных отношений;*
- ✓ *мировой финансовый кризис;*
- ✓ *подъем Китая;*
- ✓ *угрозы региональной безопасности, в особенности ядерная программа КНДР.*

Многие ученые, ведущие политики и международные организации видят в многополярности один из стимулов политического процесса в АТР. К центрам силы в Азиатско-Тихоокеанском регионе, помимо США, пока самого влиятельного из них, относятся следующие страны: Китай, Япония, Россия, Австралия и потенциально – Индия. Однако многополюсная архитектура АТР складывается в условиях конкуренции формирующихся новых центров силы с Соединенными Штатами.

Стабильность политической обстановки в АТР базируется на двусторонних договорах и соглашениях, в том числе на договорах об обороне (США–Япония, США–Республика Корея, США–Филиппины, США–Тайвань). Кроме того, в ряде новых договоров, определяющих общий характер двусторонних отношений, содержатся статьи о ненападении, нейтралитете, взаимных консультациях и т. д. Развивается и двустороннее военно-техническое сотрудничество. Но в АТР и его субрегионах отсутствует всеобъемлющая система коллективной безопасности. В настоящее время в области безопасности в регионе имеется много проблем, затрагивающих национальные интересы всех государств.

Китай, демонстрирующий самые высокие темпы экономического роста в мире, обладатель ядерного оружия, в конце первой декады нового века – не только центр силы в АТР, но и лидер среди остальных новых полюсов. Роль Китая в регионе, судя по всему, будет неуклонно возрастать. Этим процессом движет, прежде всего, динамичное развитие его экономики. Уже сейчас по объему ВВП КНР занимает второе место в мире, в 2010 г. опередив Японию, а к 2020 г. – догонит США. В случае реализации подобных прогнозов следует ожидать превращения Китая в перспективе в политический фактор подлинно глобального масштаба.

В границах самой Тихоокеанской Азии Китай является претендентом на роль полюса-лидера формирующейся там новой международной системы. Уже вырисовывались контуры «Большого Китая» ввиду сближения КНР с Тайванем. Необходимо учитывать и роль китайской диаспоры в странах АТР, численность которой постоянно пополняется за счет нелегальной эмиграции. Если этот процесс будет легализован, то Китай окажется способным отправить за рубеж еще не менее 60 млн человек.

Россия фактически уже превратилась в один из региональных и мировых полюсов силы. В ее активе: реальные возможности преодоления последствий мирового кризиса, курс на отраслевую реструктуризацию сырьевой экономики

и перспектива перехода на инновационный путь развития, ведущие позиции на региональном и мировом рынках энергоресурсов, высокий военный, в том числе ядерный, потенциал, растущее влияние на международные дела, улучшение отношений с США и т. д.

Япония является страной с мощным экономическим потенциалом и высоким жизненным уровнем населения. Рост ее политического влияния в АТР пока отстает от экономического веса. При этом ее роль значительна, несмотря на экономические последствия землетрясения 11 марта 2011 г.

Придать новый динамизм политическому процессу в АТР может, очевидно, и Австралия, имеющая прочные традиционные связи с США и Великобританией (членство в Британском содружестве наций).

Индия с ее быстро растущими экономикой и вооруженными силами, обладающая ядерным потенциалом, находится на пути превращения в один из полюсов в АТР. Ее влияние выходит за пределы субрегиона Южной Азии и довольно быстро распространяется на ряд стран Восточной Азии.

В АТР находится еще группа стран, каждая из которых в перспективе может стать полюсом силы. Это Республика Корея, Индонезия, Филиппины, Вьетнам. В пользу этого говорят быстрые темпы роста их национальных экономик (Республика Корея, Вьетнам), большое население с крупными китайскими диаспорами (Индонезия).

Очевидно, что чем большее значение АТР будет приобретать в мировом балансе сил, тем в большей степени взаимоотношения между странами региона будут оказывать воздействие на развитие человечества. Характер этого процесса во многом будет зависеть от успехов в преодолении явных и скрытых противоречий, относящихся прежде всего к сфере общей безопасности в регионе.

Экономическое сотрудничество и интеграция. АТР – это огромное пространство для экономического сотрудничества и интеграции. Однако эти процессы развиваются неравномерно. В 1990–2008 годах особенно высоким динамизмом отличалась экономика стран Тихоокеанской Азии. По общему уровню экономического развития в АТР можно выделить несколько групп государств. Прежде всего, это развитые страны – США, Канада, Япония, Австралия, Новая Зеландия. Их догоняет Китай.

Помимо развитых государств, в регионе существуют страны, которые добились больших успехов на пути экономического развития, хотя и вступили на него позднее. Это Тайвань и Республика Корея, а также Сингапур и Малайзия. Приближаются к ним страны Юго-Восточной Азии: Таиланд и Вьетнам, Филиппины и Индонезия.

Но далеки от успешного экономического развития Лаос, Монголия, КНДР, Камбоджа, Мьянма. Таким образом, сегодня в АТР, как и повсюду в мире, сохраняется неравенство, благосостояние одних стран сосуществует с низким уровнем развития других.

После «холодной войны» развитые страны АТР пересмотрели принципы своей внешнеэкономической политики в отношении с развивающимися странами в сторону большего уважения их суверенности и установления торгово-

экономических отношений с ними на уровне стратегического партнерства, либерализации условий внешней торговли.

Большинство стран АТР являются членами Всемирной торговой организации. Экономическое сотрудничество в регионе поддерживается экспортом капиталов, в том числе за счет тех, что создаются в странах самого региона. На них приходится около 40 % от всех инвестиций в АТР. Усиливается роль компаний из стран региона как наиболее мощных инвесторов. Возглавляют список таких корпораций Япония, США и Республика Корея. Региональная кооперация в форме свободных торговых зон и общих фондов способствует большей интеграции АТР.

Изменяющаяся геэкономика трансформирует и геополитическую расстановку сил. Китай все более решительно укрепляет свои политические позиции в Восточной Азии, инвестирует огромные средства в Африку, форсировано развивает отношения с Латинской Америкой, скупает по всему свету месторождения природных ископаемых, вкладывает валютные авуары в скупку государственных облигаций европейских стран, переживающих кризис. В соответствии со своей долгосрочной стратегией китайская элита намеревается превратить Китай в мирового лидера к 2040 году.¹⁴

Общие экономические цели в АТР и его субрегионах формулируются в рамках региональных организаций и программ. В последнее время наряду с укреплением связей между странами этого региона происходит расширение сотрудничества их с Соединенными Штатами и Европейским союзом.

Все это говорит о том, что Азиатско-Тихоокеанский регион не только быстро преодолеет деструктивные последствия глобального кризиса, но и откроет возможности, стимулирующие новый виток социально-экономического прогресса. В связи с этим перед Россией, располагающей значительной частью общей азиатской территории и являющейся крупнейшей тихоокеанской державой, откроются новые благоприятные перспективы сотрудничества с государствами АТР.

Энергетические ресурсы и экология. Энергетика (рост потребления), природные ресурсы (истощение) и экология (ухудшение среды обитания человека) – это крупный узел проблем в АТР. Высокие темпы индустриализации в Китае и Индии, отсутствие месторождений углеводородного сырья в Японии и Республике Корея резко увеличили потребность этих стран в энергии и импорте топлива для ее производства.¹⁵

Потребление энергии в АТР увеличилось с 1992 по 2008 год на 70 %. В то же время в расчете на душу населения в регионе по сравнению с остальным миром оно все еще невысоко. В 2005 году потребление энергии составило 749 кг нефтяного эквивалента, в то время как среднемировой показатель – 1 071 кг. Эксперты рассчитали, что к 2030 году на АТР будет приходиться половина мирового спроса на минеральные энергетические ресурсы. Более 80 % его будет

¹⁴ Султанов Ш. В поисках сумрачного будущего. Газета «ЗАВТРА», № 5 (898) от 2 февраля 2011 г. – <http://zavtra.ru/cgi/veil//data/zavtra/11/898/32.html>

¹⁵ Азиатско-Тихоокеанский регион: региональные проблемы, международные организации и экономические группировки. Справочник. – М.: Восток – Запад, 2010. – 320 с.

по-прежнему приходится на ископаемые виды топлива, такие как нефть и газ, что делает регион зависимым не только от колеблющихся цен на энергоносители, но и от выбросов углекислого газа при его сжигании.

На возобновляемые источники в настоящее время приходится всего 9 % первичного производства энергии в АТР, при этом регион весьма неплохо ими обеспечен. На него приходится 40 % гидроэнергетического потенциала мира и примерно 35 % потенциала солнечной и геотермальной энергетики. Регион обладает также немалым потенциалом использования энергии ветра и биомассы.

Энергетическая безопасность в регионе будет зависеть и от финансирования инноваций, а также использования возможностей регионального и субрегионального сотрудничества. Эксперты находят перспективным объединить уже осуществляемые отдельные региональные и субрегиональные энергетические проекты в широкую интеграционную программу – Азиатско-Тихоокеанскую сеть устойчивой энергетической безопасности.

Обладающая значительным ресурсным потенциалом, Россия становится важным источником стабильных поставок углеводородов на рынок АТР.

Удовлетворение потребностей АТР в природных ресурсах все более зависит от соизмерения их с возможностями экосферы, в области которой к настоящему времени сконцентрировалось огромное количество проблем. Среди них: деградация посевных площадей, изведение лесов, изменение климата, стихийные бедствия (наводнения, засухи и землетрясения). Все большее число стран АТР сталкивается с проблемой недостатка пресной воды.

Решение обозначенных проблем невозможно, в первую очередь, без остановки хищнического использования лесных ресурсов. На Азиатско-Тихоокеанский регион приходится 18,8 % лесных ресурсов мира.¹⁶ Средняя обеспеченность землями, занятыми под лесами, на душу населения региона в 2000 году составляла 0,2 га. Это менее трети среднемирового показателя, равного 0,65 га/чел. Глобальная оценка лесных ресурсов свидетельствует, что самые высокие темпы обезлесения в регионе, составлявшие 1 % в год, отмечались в Юго-Восточной Азии, что эквивалентно ежегодному уничтожению 2,3 млн га лесов. Сейчас в АТР взят курс на восстановление лесов.

В последнее десятилетие формируются угрозы международной безопасности из-за изменения климата.

I. Конфликт из-за ресурсов, особенно в тех случаях, где доступ к ним политизирован. Сокращение пахотных площадей, повсеместная нехватка воды, сокращение запасов пищи, особенно рыбы, усиление наводнений и продолжительных засух – число этих явлений возрастает во многих регионах.

II. Усиление миграции. ООН прогнозирует, что к 2020 г. «экологические» мигранты будут исчисляться миллионами. Такие массовые миграционные потоки, вероятно, увеличат число конфликтов в регионах транзита и оседания. Это способно привести к усилению напряженности между различными этническими и религиозными группами и политическому радикализму.

¹⁶ Самые большие площади лесов находятся в северо-западной части Тихого океана и Восточной Азии (29,3% от площади лесов региона), затем следуют Юго-Восточная Азия (29,1 %), Австралия и Новая Зеландия (22,3 %), Южная Азия (11,7 %), южная часть Тихого океана (4,8 %) и Центральная Азия (2,7 %).

III. Что будет с нефтью, газом и рыбными ресурсами, если границы и территории меняются? Сохранятся ли права и обязанности у страны, потерявшей сухопутную территорию, что, согласно прогнозам, произойдет с рядом островов в Тихом океане? Что будет, если Северо-Западный проход станет судоходным в любое время года? «Если подойти к этому с умом, такой поворот сулит огромные возможности. Но в отсутствие одобренного международного механизма по разрешению территориальных претензий, как в случае с Арктикой, политическая напряженность увеличится», – писал Хавьер Солана.¹⁷

Военно-стратегическая ситуация. Развитие военно-стратегической ситуации в АТР по многим параметрам сильно отличается от процессов, происходящих на евроатлантическом направлении. Это связано с практическим оформлением в АТР нескольких центров силы, отсутствием аналогичной европейской развитой сети переговорных механизмов, мер доверия и т. п. Более того, в политическом сознании большинства азиатских государств присутствует (и не без основания) мнение о несоответствии европейского опыта специфике и реалиям современных международных отношений в АТР. Это, в свою очередь, связано с весьма различающимися представлениями отдельных стран региона об источниках угроз национальной безопасности, наличием неразрешенных конфликтов и территориальных споров, значительной неравномерностью социально-экономического развития стран этого района мира.

Практическое отсутствие на данный момент непосредственной военной угрозы суверенитету и территориальной целостности России со стороны государств региона, а также учитывая экономические возможности России, в том числе на поддержание военного потенциала, следует признать, что Россия вряд ли будет в состоянии в обозримой перспективе решать свои проблемы в АТР силовыми методами.

Проблема для России в плане АТР во многом состоит сейчас в том, что уменьшение ее политического веса, прежде во многом ассоциировавшегося в регионе с ее военной мощью, практически не компенсируется пока наращиванием ее экономического и иного сотрудничества со странами Азии и бассейна Тихого океана. Фактический «уход» России из АТР как военного фактора влияния неоднозначно воспринят странами региона. Образовавшийся вакуум нередко заполняется Китаем (Япония также пытается сегодня более активно участвовать в данном процессе в связке с США), что вызывает опасения у многих государств.

Усилия многих стран АТР по быстрому наращиванию своего военного потенциала, в значительной мере отражающие хрупкость и неопределенность нынешней ситуации (в том числе и в связи с китайским фактором), в перспективе тоже могут привести к весьма негативным последствиям, если не будет соответствующего надежного механизма безопасности, снимающего излишние страхи одних и сдерживающего амбиции других.

¹⁷ Терехов А. Миру грозят войны из-за климата. К 2020 году «экологические» мигранты будут исчисляться миллионами. – Независимая газета. – 2009, 10 августа // http://www.ng.ru/world/2009-08-10/1_climat.html#

Модернизируют свои армии и производство вооружений США, Россия, Китай, Индия, Малайзия и многие другие государства АТР. Широко распространена контрабанда оружия. Но самой опасной тенденцией является накопление ядерного оружия в регионе и возможные конфликты на этой почве. В АТР скопились значительные мощности по производству ядерного топлива, обогащению урана и плутония, продолжается строительство атомных электростанций. Опасность ядерной угрозы со стороны КНДР придает тревожность политической ситуации в этом регионе мира.

В целом в регионе достаточно четко обозначены несколько ключевых стран, на которые должно быть нацелено внимание России. Это, в первую очередь, США, Китай, Япония и оба корейских государства.

Отношения с Китаем – одна из наиболее важных проблем и для России, ибо речь идет о ближайшем соседе с населением более чем в 1,2 млрд человек (только в четырех пограничных с Россией провинциях проживает 400 млн человек), стремительно наращивающем свой экономический и военный потенциал. По уровню военных расходов, оцениваемых ведущими международными институтами почти в 32 млрд долларов США (а по некоторым расчетам их уровень приближается даже к 45 млрд долларов), Китай входит в число ведущих военных держав не только региона (здесь он сопоставим с Японией – 55 млрд долларов), но и мира. При этом, по предварительной информации, уровень военных расходов Китая к 2011 г. может составить до 95 млрд долларов ежегодно. По оценкам специалистов, несмотря на свою многочисленность (порядка 3,2 млн человек), вооруженные силы Китая пока довольно слабо подготовлены и технически оснащены. Исключение составляют лишь ракетные войска, которые, будучи оснащены ядерными боеголовками, представляют значительную угрозу и могут быть использованы хотя бы для целей политического шантажа.

В системе обеспечения военной безопасности в АТР большое значение для России имеет характер развития ситуации на Корейском полуострове. На сегодня это самая конфликтогенная зона региона, проблемы которой в течение длительного периода так и остаются нерешенными. России следует вести линию на поддержание контактов с обоими корейскими государствами, чтобы не терять возможности влиять на ситуацию в этом взрывоопасном районе. При этом России необходимо определиться по подходу к возможному объединению двух корейских государств. Единая Корея могла бы сыграть важную роль в качестве элемента региональной стабильности, причем роль выгодную для России в качестве «балансира» в отношении как Китая, так и Японии, если такая необходимость возникнет в будущем. При этом, может возникнуть угроза региональной стабильности со стороны корейского национализма.

Развитие ситуации вокруг Южно-Курильских островов в последние годы показывает, что в настоящее время перспектив быстрого решения данного вопроса не просматривается. Любой пересмотр статуса данных территорий создаст прецедент, способный поставить под сомнение итоги Второй мировой войны и инициировать переход в активную фазу обсуждения иных территориальных претензий к нашей стране со стороны Финляндии, Эстонии, Латвии,

Германии, а также обострит противоречия при разграничении юрисдикции в морских зонах Арктики, Балтии, Черноморья, Каспия и дальневосточных морей.

Япония, со своей стороны, тоже не может отказаться от претензий на данные территории, а потому будет продолжать усилия по всем направлениям деятельности для решения вопроса в свою пользу. Вместе с тем, Япония располагает достаточными ресурсами для чисто военного решения этого вопроса. Протяженность акватории моря, отделяющая Хоккайдо от спорных островов, не превышает 10-20 миль и не может серьезно затруднить вторжение на них, тем более при наличии современных сил и средств японских ВМС даже при нейтральном поведении группировки войск США.

Следует отметить, что Курильские острова, протянувшиеся от Камчатки до о. Хоккайдо и принадлежащие Российской Федерации, представляют собой естественный «передовой рубеж» в системе стратегической обороны материковой части российского Дальнего Востока. Этот рубеж на сотни километров увеличивает зону обороны материка, обеспечивает безопасность снабжения российских военных баз и населения на Камчатке, контроль морского и воздушного пространства в зоне Охотского моря, с выносом зоны контроля далеко в Тихий океан.

Национальные приоритеты России в АТР. В свете общенациональной внешнеполитической стратегии на направлении АТР просматривается «пакет» национальных приоритетов России.

1. Сохранение России как геополитической общности, обеспечение условий для стабильного развития страны.

2. Использование отношений со странами АТР в интересах экономического развития России, решения ее социальных проблем, в первую очередь, в сибирских и дальневосточных регионах (СДВ). Превращение СДВ в «локомотив» экономического сотрудничества России с тихоокеанскими странами.

3. Использование монопольного положения России как страны, непосредственно примыкающей к тихоокеанскому региону, для развития и укрепления отношений со странами СНГ (в том числе через осуществление посреднических функций).

4. Обеспечение экономической безопасности России. Стимулирование становления и интеграции России в структуру отношений в АТР, чтобы попытка нанесения ущерба интересам России, исходящая от любого источника угрозы, влекла за собой неприемлемый экономический и иной ущерб региональным интересам самого источника такой угрозы.

5. Поддержание благоприятного психологического импульса в восприятии новой России путем:

✓ *демонстрации независимого внешнеполитического курса, соблюдения практической взаимоуравновешенности отношений на Западе и на Востоке («равноприближенность», активный нейтралитет);*

✓ *поддержания имиджа разумной, прагматичной, предсказуемой державы, фокусирующей усилия на практических вопросах развития своей экономики,*

повышении жизненного уровня населения, получении выгод от международного разделения труда и, соответственно, на поддержании стабильности и безопасности во всем регионе АТР.

6. Стимулирование многополюсной структуры мира, механизмов, препятствующих появлению единоличного мирового и регионального лидера (США). Обеспечение России места «независимого арбитра» в достижении глобального и регионального консенсуса с участием всех заинтересованных сторон. Недопущение ломки механизма ООН.

7. Налаживание интенсивного экономического, военно-технического, технологического сотрудничества, как на двусторонней основе, так и в региональных рамках.

8. Безотлагательное наращивание участия в существующих и создание новых направлений в интеграционных процессах и механизмах в АТР для стимулирования многополюсной структуры отношений в регионе, обеспечения России независимых позиций в новой силовой конфигурации.

9. В условиях внесения модификаций и разработки как странами АТР, так и нерегionalными державами новых концептуальных подходов к вопросу их политической, экономической, военной и иной деятельности в АТР поддержание на должном уровне боеготовности и боеспособности Вооруженных Сил России как для целей самообороны, так и для участия в возможных совместных акциях по поддержанию мира в регионе.

10. Использование геостратегического евроазиатского положения России для создания политико-экономического и цивилизационного «моста» между Востоком и Западом.

11. Неукоснительное соблюдение прав человека, без выпячивания этой проблемы в отношениях со странами АТР, учитывая их особенности в подходах к ней.

1.3. Существующие и потенциальные угрозы интересам и безопасности России на востоке страны

Современная международная ситуация характеризуется острым политическим и экономическим противоборством в межгосударственных отношениях, увеличением числа и масштабов социально-политических конфликтов, наличием серьезных противоречий в обеспечении военной безопасности, ростом спектра угроз и появлением новых вызовов безопасности, в том числе природно-техногенного характера (экологические катастрофы, потепление климата).

Особенностью геополитической ситуации XXI века могут считаться следующие тенденции:

- ✓ *центр мирового развития перемещается на восток;*
- ✓ *в качестве ведущих глобальных игроков на международную арену выходят этнокультурные цивилизации, вытесняющие на вторые позиции государства и даже империи;*

- ✓ усиливается геополитическое межцивилизационное противоборство, обретая планетарный масштаб;
- ✓ в мировой экономике наблюдается тенденция формирования больших экономических зон с числом потребителей не менее 400-500 млн собственных потребителей (Европа, Китай, Индия, Северная Америка, исламский мир).

Процесс передела мира, сопровождаемый распадом многонациональных и возникновением новых государств, роспуском и воссозданием различных союзов, изменением политических режимов и территориальных границ, существенно повлиял на расстановку сил в мире и регионах: прежние союзники стали соперниками, противники – партнерами, все меньше насчитывается нейтральных государств.¹⁸

В целом современная обстановка в АТР характеризуется сложным переплетением позитивных и негативных факторов и тенденций, важнейшими из которых являются¹⁹:

- ✓ нарастание неравномерности развития стран региона, которое усугубляется последствиями глобализации экономики;
- ✓ расширение экономического доминирования США, активно использующих глобализацию и международные экономические финансовые организации для продвижения своих интересов;
- ✓ стремление стран региона создать региональные экономические сообщества и институты типа АСЕАН+3 (Япония, Китай, Южная Корея), чтобы адаптироваться к глобализации, защитить себя от ее вызовов;
- ✓ серьезный дисбаланс военных потенциалов различных государств региона при абсолютном военном доминировании США, опирающихся на двусторонние и многосторонние военно-политические союзы со странами АТР и мощный потенциал военно-морских сил и сил «передового базирования»;
- ✓ прорыв Индии и Пакистана в число «ядерных держав», ведущих активное перевооружение, что оказывает существенное влияние на военную политику других государств, причем не только в АТР;
- ✓ сохранение ряда серьезных очагов напряженности, порожденных в одних случаях межгосударственным политическим противостоянием (Корейский полуостров, Тайвань), в других – неурегулированностью территориальных споров (между Японией, Россией, Китаем, Кореей, Вьетнамом, Филиппинами, Малайзией, Брунеем и т.д.). Это опасно в условиях отсутствия в регионе структуры безопасности, где можно было бы принимать по этим проблемам решения, обязательные для участников конфликтов.

Мотивы, которыми руководствуются лидеры государства, определяя алгоритм развития Дальнего Востока и политики России в АТР, проявляются дос-

¹⁸ Елкин Е. Угрозы и вызовы безопасности России // Военно-промышленный курьер. – 2004. - № 6. – С. 1.

¹⁹ Клименко Л.Ф., Лутовинов В.И. Проблемы безопасности и стабильности в Азиатско-Тихоокеанском регионе и их обеспечение в XXI веке // <http://flot.com/publications/books/shelf/safety/6.htm>

таточно четко. Они основываются на понимании сущности национальных интересов и угроз безопасности России, исходят из базовых представлений российской политической элиты о будущем мира и Российского государства. И представления эти весьма прагматичны. Инициатор осуществления «новой восточной политики» Президент России В.В. Путин сформулировал взгляд на Сибирь и Дальний Восток как «стратегический резерв выживаемости России в XXI в.», не раз заявлял, что без освоения этих территорий России великой державой не быть, а их сохранение и развитие невозможно без экономической интеграции с АТР.²⁰ Главной посылкой к решению Совета Безопасности Российской Федерации от 20 декабря 2006 г. о необходимости ускоренного и комплексного развития дальневосточного региона стала оценка ситуации в регионе как угрожающей национальным интересам России.

Один из первых документов стратегического характера, утвержденных Президентом России Д. Медведевым, – Концепция внешней политики Российской Федерации (12 июля 2008 г.)²¹ – подтвердил намерение нашей страны использовать потенциал и возможности Азиатско-Тихоокеанского региона для экономического подъема Сибири и Дальнего Востока и тем самым закрепить «принадлежность России к этому динамично развивающемуся району мира». Да и сам президент, обращаясь к азиатским делам, напоминает о заинтересованности России в том, «чтобы Сибирь и Дальний Восток были самым непосредственным образом вовлечены в региональную интеграцию».²²

В появившихся в последние годы отраслевых стратегиях (Энергетическая стратегия России до 2020 г., Стратегия развития железнодорожного транспорта России до 2030 г., Восточная газовая программа Газпрома до 2030 г. и др.) объекты ДФО занимают особое место. Вывод нефте- и газопроводов на южное побережье Приморья имеет для российского продвижения в Азию столь же важную стратегическую значимость, какую имело возведение Транссибирской магистрали на рубеже XIX–XX вв.²³

Тем не менее, вопросов о будущем России в АТР возникает немало. Означают ли эти действия начало новой большой геополитической игры России или же маневры на Востоке – это лишь продолжение многовекового соревнования с Западом? Какова их конечная цель: спасения Европейской России или возрождения могучей державы? Реального освоения богатств Востока в интересах России или обогащения Запада? Насколько последовательной будет эта политика, и на какие жертвы готова пойти Россия в Европе, чтобы утвердиться в Азии?²⁴

На этом пути немало естественных и рукотворных проблем и барьеров, многие из которых представляются пока труднопреодолимыми.

²⁰ Ларин В.Л. Тихоокеанская политика России в начале XXI века // Свободная мысль. – 2007. – № 2. С. 142–154.

²¹ <http://www.kremlin.ru/text/docs/2008/07/204108.shtml>

²² Медведев Д.А. АТЭС: на пути к стабильному, безопасному и процветающему сообществу // <http://www.kremlin.ru/transcripts/5981>

²³ Ларин В.Л. Азиатско-Тихоокеанский регион в начале XXI века: вызовы, угрозы, шансы Тихоокеанской России. – Владивосток: ДВО РАН, 2010. – С. 9.

²⁴ Ларин В.Л. Там же. – С. 10.

Во-первых, ракурс восприятия российским обществом и государством Восточной Азии и собственного Дальнего Востока. Очевидно, что попытки сближения России со странами АТР, меры по интенсивному освоению восточных районов России через интегрирование их в экономику региона, меняют устоявшиеся в обществе стереотипы, привычный образ жизни и восприятие людей. Это вызывает противодействие внутри страны, как правило, скрытое и пассивное, но достаточно действенное.

Во-вторых, это отношение к России в Восточной и Юго-Восточной Азии, которая определяет будущее Азиатско-Тихоокеанского региона. Противников активного присутствия России в регионе среди азиатского населения немало. Россию опасаются, не любят, не знают и не понимают. И на преодоление этого противодействия, даже если к этому прилагать активные усилия, уйдут десятилетия.

Анализ проблем внешней политики России на Дальнем Востоке свидетельствует о том, что геополитические процессы на Дальнем Востоке характеризуются стремительным развитием экономики и стратегическими противоречиями между странами региона.²⁵ Несмотря на тесные взаимодействия между странами в экономической области, взаимодоверие и стабильность не обеспечиваются в политической и военной областях.

Федеральные органы государственной власти предпринимают меры для усиления российского присутствия в политическом и экономическом пространстве АТР через участие в региональных межправительственных организациях, установление и поддержание политических отношений со странами региона, развитие двусторонней торговли. Определенного прогресса удалось достичь во всех областях: Россия стала членом (АТЭС) и Азиатского регионального форума (АРФ), вышла на уровень диалогового партнерства и проведения саммитов с АСЕАН, существенно увеличила объемы торговли со странами Азии, поддерживает интенсивные политические контакты на высшем уровне с большинством государств.

Однако все это не позволяет говорить об успешном выполнении поставленных задач. Ни Россия в целом, ни ее восточные (тихоокеанские) районы не смогли занять заметного места в международной торговле и на рынке капиталов АТР, Россия «... продолжает оставаться на периферии экономической интеграции в Северо-Восточной Азии и в Восточной Азии в целом».²⁶ Ни для одного из государств АТР экономические связи с Россией не играют сколько-нибудь заметной роли.

Как отмечал министр иностранных дел РФ С. Лавров, «... меры по укреплению экономической связки восточных регионов России с АТР остаются недостаточно эффективными, запаздывают, осуществляются несбалансированно. В результате наше внешнеполитическое «наступление» в АТР оказывается без

²⁵ Чже Сун Хун Геополитический аспект внешней политики России на Дальнем Востоке (2000-2007 гг.) / под ред. А.В. Кабаченко. – М.: Издатель Воробьев А.В., 2008. – 126 с. (Dissertatio, 23) – С. 50.

²⁶ Минакир П.А. Экономика регионов // Дальний Восток. – М.: Изд-во «Экономика», 2006. С. 633–634.

должного торгово-инвестиционного подкрепления, не может опереться на крепкие экономические «тылы».²⁷

Большинство стран региона не видит Россию в качестве реального и полноправного участника региональных процессов интеграции.

Главная причина большинства неудач России на Востоке – это отсутствие в государстве критической интеллектуальной массы, необходимой для подготовки, принятия и (самое главное) реализации адекватных политических, социальных и экономических решений в отношении как всего Азиатско-Тихоокеанского региона, так и восточных районов России. Вторая важная причина – глубоко укоренившийся в подсознании россиян пиетет перед Западной Европой и чувство превосходства над Азией; третья – личная незаинтересованность столичной бюрократии в укреплении восточного вектора российской политики: слишком далеко, слишком непривычно, слишком трудно.²⁸

Не решаются ключевые проблемы восточных районов России. На начало 2009 г. на Дальнем Востоке проживало 6 460 тыс. человек. Дальневосточный федеральный округ находится в лидерах по сокращению населения. За 1990–2008 гг. он потерял 19,7 % своего населения. Ни один из федеральных округов до этой отметки не опустился. Миграционный отток населения за пределы Дальнего Востока в период 1990–2008 гг. многократно превысил его естественную убыль (соответственно 1 376,3 тыс. чел. и 220,3 тыс. чел.).²⁹ Несмотря на принимаемые меры, в последние годы численность населения региона продолжает сокращаться. Так, только за 2007–2008 годы число жителей ДФО сократилось на 49 тыс. чел., в т. ч. за счет естественной убыли на 14 тыс. чел. (28,6 %) и за счет миграции на 35 тыс. чел. (71,4 %).³⁰

Не изменила ситуацию и Программа переселения соотечественников из-за рубежа – за два года ее реализации (2007–2008 гг.) в регион рискнули приехать лишь три десятка семей: прежде всего потому, что «интересы государства и иммигрантов при выборе мест нового вселения кардинально расходятся».³¹

В современной России имеет место слабая координация политических и экономических решений, адекватных вызовам с Востока, а также невосприимчивость этих решений значительной частью российской политической элиты, что ведет к саботированию их исполнения.

Ситуация в последние годы не улучшается. Решение Совета Безопасности РФ об ускоренном развитии Дальнего Востока и предпринимаемые правительством меры в этом направлении не означают принципиального изменения отношения политической и экономической элит страны и населения к Восточной

²⁷ Выступление министра иностранных дел России С.В. Лаврова на совещании «Восток России и интеграция в Азиатско-Тихоокеанском регионе: вызовы и возможности». Москва, 3 июля 2009 года // http://www.mid.ru/brp_4.nsf/2fee282eb6df40e643256999005e6e8c/12618fed035301f8c32575e8003ebd1a?OpenDocument

²⁸ Ларин В.Л. Азиатско-Тихоокеанский регион в начале XXI века: вызовы, угрозы, шансы Тихоокеанской России. – Владивосток : ДВО РАН, 2010. – С. 18.

²⁹ Тихоокеанская Россия – 2030: сценарное прогнозирование регионального развития / под ред. П.А.Минакира: Рос. акад. наук, Дальневост. отд-ние, Ин-т экон. исследований. – Хабаровск: ДВО РАН, 2010. – С. 102.

³⁰ Федеральная служба государственной статистики РФ. www.gks.ru

³¹ 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.

Азии в целом и к ее российскому Дальнему Востоку. К сожалению, при определении стратегии развития страны вопросы развития Сибири и Дальнего Востока «... или забываются, или трактуются в сугубо квазиколониалистском смысле – как право на бесконтрольное выкачивание ресурсов, ничего не оставляя взамен».³²

Более того, европейски ориентированное и консервативное общественное мнение России не поспевает за стремительными переменами, которые демонстрирует сегодня Восточная Азия, и руководствуется в ее оценках прежними догмами и стереотипами.

Во всем регионе происходят глубинные процессы, которые будут в обозримом будущем определять алгоритм развития человечества.

Американский политолог Д. Фридман выделяет пять «линий разлома» или зон, которые станут главными очагами нестабильности в XXI веке. И первой он называет район Тихоокеанского бассейна.³³ В наступившем столетии Китай и Япония неизбежно будут пытаться нарастить свой военный потенциал, в чем США увидят потенциальную угрозу своему контролю над западной частью тихоого океана. В 1941–1945 гг. США и Япония воевали за контроль над Тихоокеанским бассейном, и этот вопрос и поныне остается злободневным. В XXI веке этот регион станет настоящей пороховой бочкой.³⁴

В.Л. Ларин считает, что сегодня в АТР формируется несколько критических сфер напряженности.³⁵

1. Финансово-экономическая. Бурный экономический рост уже превратил Восточную Азию в один из главных мировых центров (наряду с США и Европейским союзом) производства, распределения и потребления, главного держателя золотовалютных ресурсов, мирового инвестора.

2. Цивилизационная. В мире обостряются противоречия между выборами глобализации и стремлением государств и народов не только к сохранению, но и выпячиванию национальной идентичности. Явление это характерно для Азии, особенно – для Китая.³⁶ Как отмечают эксперты, «...сепаратизм на этнорелигиозной основе может уже в ближайшее время составить основу транснациональных угроз региональной стабильности».³⁷

3. Военно-технологическая. Нарастание военных потенциалов до критической отметки. Из десяти крупнейших по численности армий мира семь (КНР, США, Индия, КНДР, Россия, Южная Корея, Вьетнам) расположены в АТР, пять стран (США, Россия, КНР, Индия, КНДР) уже обладают ядерным оружием, еще три (Япония, Южная Корея, Тайвань) способны обзавестись им в любой мо-

³² Титаренко М.Л. Геополитическое значение Дальнего Востока. Россия, Китай и другие страны Азии. М.: Памятники исторической мысли, 2008. – С. 13.

³³ Фридман Д. Следующие 100 лет: прогноз событий XXI века /Джордж Фридман; [пер. с англ. А.Калинина, В.Нарицы, М.Мацковской]. – М.: Эксмо, 2010. – 336 с. – (Библиотека Коммерсантъ). – С. 92.

³⁴ Фридман Д. – Там же. – С. 97.

³⁵ Ларин В.Л. Азиатско-Тихоокеанский регион в начале XXI века: вызовы, угрозы, шансы Тихоокеанской России. – Владивосток: ДВО РАН, 2010. – С. 24-26.

³⁶ Галенович Ю.М. О чем пишут авторы сборника «Китай недоволен». – М.: ИДВ РАН, 2009.

³⁷ Воскресенский А.Д. «Большая Восточная Азия»: энергетические аспекты // Энергетические измерения международных отношений и безопасности в Восточной Азии. –М.: МГИМО, 2007. – С. 43.

мент. Все стремятся к преимуществам, которые дают высокие технологии в военной области.

4. Экологическая. Нагрузка на природную среду со стороны быстро развивающихся экономик растет с каждым годом. Только в 2008 г. КНР выбросила в воздух 25 млн т двуокиси серы и слила в водоемы 56 млн т жидких стоков!³⁸ На долю США и Китая приходится более 40 % всех вредных выбросов в атмосферу в мире.

5. Техногенная. Последствия реализации крупных или опасных технических проектов не всегда просчитываются, как и человеческие ошибки, неблагоприятные стечения обстоятельств или конъюнктурные политические решения.

6. Геополитическая. Борьба держав и военных союзов за лидерство и сферы влияния в регионе усиливаются.

В большинстве этих процессов Россия выступает пассивным участником, имеет минимальные возможности влияния. К этому следует добавить общемировые и региональные угрозы, которые не могут не затрагивать Россию: глобальное изменение климата и деградация окружающей среды, распространение оружия массового поражения, международный терроризм и организованная преступность, неконтролируемая миграция и массовые эпидемии.

К сожалению, нынешние российские системы предупреждения и борьбы с угрозами рассчитаны не на новые угрозы в международных отношениях, а на те, которые существовали в 90-е годы и до этого.³⁹

Сохранение европоцентризма в мышлении большинства россиян и в политике российского правительства остается пока непреодолимым барьером к осознанию угроз России на Востоке, реальной внутренней угрозой интересам и безопасности России в АТР.⁴⁰

В Стратегии национальной безопасности РФ 2009 г. проблема безопасности в АТР не обозначена. Однако она продолжает существовать и проявляется как в хронической недооценке россиянами значимости АТР и Восточной Азии для судьбы государства, так и в приверженности большей части политической и деловой элит страны идее колониальной эксплуатации ресурсов Сибири и Дальнего Востока, в восприятии этих территорий как колониальной периферии, как сегмента европейского административного пространства, призванного служить интересам метрополии.

Следствием таких взглядов является перманентное игнорирование нужд и интересов населения Тихоокеанской России, которое может иметь катастрофические последствия: дальнейший отток населения, утрата чувств патриотизма и привязанности к родине, аполитичность, космополитизм и моральная деградация оставшихся.

Главная угроза общероссийской идентичности на Дальнем Востоке – ее инфраструктурная оторванность, которая в последние два десятилетия значи-

³⁸ Бирюлин Е. 11-й пятилетний план охраны окружающей среды и тенденции энергопотребления в Китае // Проблемы Дальнего Востока. 2009. № 4. С. 112–120.

³⁹ Угрозы XXI века: Лекция Дмитрия Тренина, прочитанная 6 июля 2006 г. в рамках проекта «Публичные лекции «Полит.ру» // <http://www.polit.ru/lectures/2006/07/12/trenin.html>

⁴⁰ Сахаров А.Н. Россия: Народ. Правители. Цивилизация. – М.: ИРИ РАН, 2004. – С. 307.

тельно усилилась. Ощущение своей ненужности и заброшенности усугубляет чувство отчуждения от европейской прародины, вызывает недовольство и озлобленность. Как следствие, почти половина жителей Приамурья и Приморья в 2008 г. обнаруживали главные угрозы интересам России в Восточной Азии в неправильной федеральной политике и неадекватном отношении центра к этим далеким, хлопотным и затратным территориям⁴¹. И хотя по результатам аналогичного опроса в 2010 г. на первое место среди угроз вышло «увеличение экономической и военной мощи КНР», по-прежнему 50 % опрошенных указали одной из главных угроз «недостаточный учет интересов Дальнего Востока федеральной властью» (табл. 2; 3).⁴²

Таблица 2

Откуда исходят главные угрозы безопасности России и ее дальневосточным территориям на Тихом океане?^{41, 42}
(по территориям, не более 5 ответов, % от числа опрошенных по территориям)

Территория	Приморье (100 %)	Владивосток (100 %)	Хабаровск (100 %)	Биробиджан (100 %)
Рост экономической и военной мощи КНР	51	54	68	81
Увеличение численности мигрантов из соседних государств	56	49	48	54
Недостаточный учет интересов дальневосточных территорий федеральной властью	45	51	66	46
Распространение ядерного оружия	30	31	15	25
Спор из-за Курильских островов с Японией	19	21	25	33
Стремление США к гегемонии	19	22	17	25
Конфликт на Корейском полуострове	19	24	10	14
Международный терроризм	18	18	10	29
Нет угроз	12	9	1	3

В то же время значительное укрепление и развитие экономических и гуманитарных связей Тихоокеанской России с приграничными территориями КНР, Японии, Южной Кореи ведут к более активному восприятию дальневосточниками их экономической, политической, деловой и бытовой культуры. Двое из трех взрослых жителей юга Дальнего Востока хотя бы раз побывали в Китае, от 15 до 20 % – в Японии и Южной Корее. Значительно меньшее число из них бывали в Москве или Санкт-Петербурге.

Дальнему Востоку угрожают как численное сокращение, так и внутренняя эрозия и качественная деградация населения. С одной стороны, происходит абсолютное (с 8 млн в 1990 г. до 6,5 млн в 2008 г.) и относительное (в сравнении с

⁴¹ Ларин В.Л., Ларина Л.Л. Окружающий мир глазами дальневосточников (по итогам опроса населения 2008 г.) // Россия и АТР. Владивосток, 2009. № 1. С. 47.

⁴² Ларин В.Л., Ларина Л.Л. Внешняя политика России, безопасность и сотрудничество в АТР в зеркале общественного мнения (по результатам опроса жителей Дальнего Востока 2010 г.) Россия и АТР. – 2011. – № 1. – С. 57.

растущим населением всего региона) сокращение численности той части населения Восточной Азии, которая идентифицирует себя как россияне.

Они не только уезжают при малейшей возможности на историческую родину, они едут работать в Китай, Корею, Японию, все чаще покупают квартиры в Китае и переезжают туда на постоянное жительство.⁴³ Исторически сложилось так, что Россия обращала серьезное внимание на Восточную Азию и бралась за развитие своих восточных окраин только тогда, когда возникала угроза их отторжения. И как только исчезала угроза потери восточных территорий – интерес быстро проходил.

Так было в середине XIX в. (попытки Англии и США завладеть Приамурьем), на рубеже XIX-XX вв. (борьба держав за экономический раздел Китая, активизация Японии), в 30-е (агрессия Японии в Китае и конфликты на границе) и 70-е гг. XX в. (советско-китайский конфликт). Каждый раз это сопровождалось реализацией грандиозных экономических проектов: «...в категориях традиционной геополитики возможность противостоять любой потенциальной агрессии на восточных рубежах страны неизбежно связывалась с более плотным заселением и освоением Азиатской России».⁴⁴

Таблица 3

**Миграционные настроения дальневосточников
(по территориям, в % от числа опрошенных по территориям)⁴²**

Территория	ДВ 100 %	ПК (100 %)	Владивосток (100 %)	Хабаровск (100 %)	Биробиджан (100 %)
Намерены остаться в своем крае («патриоты»)	39	42	36	28	44
Готовы переехать в пределах России («мигранты»)	33	29	31	37	37
в том числе:					
в европейскую часть России	21	18	21	22	24
в Москву	7	7	7	9	3
в другие районы Сибири и Дальнего Востока	5	4	3	6	10
Готовы выехать за пределы России («эмигранты»)	28	29	33	36	33

Нынешняя активизация восточной политики России обоснована геополитической и военно-стратегической необходимостью и является реакцией на непонимание и давление Запада.

Сложность решения восточных проблем не только в их комплексности, многоплановости, колоссальной роли субъективного фактора, но и в ускоренной динамике процессов, происходящих в регионе. Накопленный опыт реального, а не декларативного обеспечения безопасности требует понимать, предвидеть и оперативно реагировать на малейшую подвижку векторов мирового научно-технического прогресса (как в военной, так и в экономической, информа-

⁴³ Климов Д. На пенсию в Китай // <http://www.burocrats.ru/cgi-bin/main.cgi?item=1r653r070608210709>.

⁴⁴ Алексеев В.В., Алексеева Е.В, Зубков К.В., Побережников И.В. Азиатская Россия в геополитической и цивилизационной динамике. ХУІ-ХХ века. М.: Наука, 2004. С. 151.

ционной и иных областях), колебания в уровне двусторонних и многосторонних отношений, изменение обстановки в конфликтных зонах (территориальные споры, Корейский полуостров, Тайваньский пролив). Особая сфера – как бы скептически не относились к ней многие политики и «эксперты» Европейской России – роль и место тихоокеанского побережья в системе экономических, военно-политических и прочих координат самой России и ее азиатских соседей.

Существует еще один принципиальный вопрос: как изменить философию и идеологию освоения сибирских и дальневосточных территорий, которых на протяжении веков придерживается российская интеллектуальная и властная элита?

В последние три года органы государственной власти страны сделали действительно многое и для продвижения России в АТР, и для изменения судьбы и статуса ее восточных районов. Последний по времени шаг – утверждение правительством Стратегии социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 года, безусловно, заслуживающей серьезной критики, но дающей хоть какие-то ориентиры и нацеленной на «геополитический прорыв России в АТР», «формирование развитой экономики и комфортной среды обитания человека» на Дальнем Востоке и в Байкальском регионе.⁴⁵ Исходя из обзора концепций и идей, проведенного А.Л. Лукиным, можно сделать некоторые выводы.⁴⁶

1. Среди ученых и специалистов нет единства относительно перспектив международной ситуации в АТР. Диапазон оценок крайне широк: от оптимистических прогнозов, в которых между странами региона будут преобладать миролюбивые отношения на основе общих интересов и международных институтов, до мрачных предсказаний, согласно которым АТР обречен стать ареной жесткой борьбы или даже войны великих держав.

2. Разные мнения высказываются и о складывающейся в регионе геополитической конфигурации: сохранение однополярного стратегического доминирования США; формирование биполярной модели, где в роли главных полюсов выступают Америка и Китай; наступление многополярности с тремя или более центрами силы; приход (или, если учитывать историческую перспективу, «возвращение») гегемонии Китая в Восточной Азии.

3. Большинство авторов едины в том, что усиливающийся Китай является сейчас наиболее важным фактором региональной динамики и судьба региона во многом зависит от того, какой путь изберет для себя Пекин – продолжение нынешнего курса на поддержание стабильности и добрососедства или поворот в сторону гораздо более напористой, возможно даже экспансионистской политики.

4. Одним из ключевых факторов является поведение США. Хватит ли у Америки воли и сил для удержания своей стратегической гегемонии в АТР?

⁴⁵ Стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 года. Утверждена распоряжением Правительства РФ № 2094р от 28 декабря 2009 г. // <http://government.ru/gov/results/9049>.

⁴⁶ Лукин А.Л. Международные отношения в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Теоретические подходы и концепции // Россия и АТР. – 2008. - № 2. – С. 45-46.

Какую политику она будет проводить в отношении Китая, в том числе и по «Тайваньской проблеме»? На эти вопросы сейчас нет определенного ответа.

5. Бросается в глаза, что большинство иностранных авторов практически игнорируют Россию при анализе ситуации в АТР. Нашу страну либо вообще обходят молчанием, либо упоминают вскользь как второстепенного или даже третьестепенного игрока. И в этом отражается тот факт, что Россия пока не входит в число самых влиятельных государств АТР и в значительной степени находится на периферии региональных процессов. Вряд ли стоит отрицать эту объективную реальность. Скорее это дополнительный аргумент в пользу необходимости укрепления российских позиций в АТР и поиска наиболее эффективной стратегии в этом ключевом регионе планеты.

К концу XX века сложилась своеобразная ситуация: Россия является евразийской державой с географической и политической точек зрения. С демографической и геоэкономической – она остается европейской державой. Мощный вызов XXI века – бурное развитие Азии, прежде всего АТР. Следовательно, задача России в XXI веке – дальнейшее интенсивное освоение Сибири и Дальнего Востока.⁴⁷

Следовательно, несмотря на принимаемые государственные решения по обеспечению безопасности России в АТР, в первом десятилетии XXI столетия не удалось существенно изменить ситуацию в дальневосточном регионе России и ее взаимоотношения со странами АТР. По-прежнему, перед Россией, особенно ее дальневосточными провинциями, стоит задача для обеспечения своих национальных интересов интегрироваться в динамично развивающиеся экономические и геополитические процессы АТР. От решения этой проблемы во многом будет зависеть будущее России как азиатско-тихоокеанской державы и ее безопасность.

Триста лет назад, когда Император Петр Первый «прорубал окно в Европу», Россию там не жаловали и не ждали. И элита государства не связывала свое будущее с Европой и совсем туда не стремилась. Сегодня подобная ситуация сложилась с «окном в Азию», несмотря на скепсис значительной части политической и экономической элиты России. Развитие и обеспечение безопасности России без ее интеграции в Азиатско-Тихоокеанский регион невозможно.

1.4. Перспективы встраивания Дальнего Востока России в систему экономических и политических приоритетов развития стран Азиатско-тихоокеанского региона

В современных условиях Дальний Восток России вызывает пристальное внимание как центр притяжения геополитических, экономических и инвестиционных интересов. При этом, ключевое значение обретает проблема структуризации Дальневосточного региона в рамках РФ, причем на первый план выходит не функциональная составляющая, а то, каким образом должно быть орга-

⁴⁷ Ремнев В.А. Современная глобализация: роль России в Тихоокеанском регионе. – В.А. Ремнев. – СПб.: Изд-во «ИП Никифорова», 2010. – 170 с. – С. 156.

низовано пространство региона с целью его максимально полного включения в геополитическую структуру России.

Геополитическая структура государства – это пространственно организованный механизм осуществления политической власти. Его необходимыми компонентами являются национальные интересы, или легитимированные интересы господствующей политической элиты, и система контроля, или действенной инфраструктуры, обеспечивающей перенос необходимого количества ресурсов в любую точку государства с целью легитимации политической власти.

Таким образом, для определения места Дальнего Востока в геополитической структуре России необходимо, во-первых, сформулировать совокупность национальных интересов относительно данной территории, и, во-вторых, конкретизировать пути и способы реализации этих интересов.

Анализ значительного числа публикаций, посвященных проблемам развития Дальнего Востока России и вышедших в последние годы, дает возможность констатировать факт, что при изучении экономического, политического или геополитического положения ДФО российские ученые во главу угла ставят проблему обоснования значимости самого региона.⁴⁸ Начиная с момента инициации широкомасштабных экономических реформ, шел мучительный поиск ответа на вопрос о том, зачем нужен современной России Дальний Восток и какие опасности нас ожидают в случае произвольной или непроизвольной утраты данного региона. Проблеме же определения возможной конфигурации Дальнего Востока, вопросу, какой она должна быть, уделялось недопустимо мало внимания.⁴⁹

В современном международном праве используется принцип историзма при оценке юридических фактов, т. е. правомерность приобретения территорий оценивается с точки зрения права, действовавшего в соответствующую эпоху. Если рассматривать этот аспект Российского Дальнего Востока, то складывается довольно странная ситуация в отношениях с соседями по АТР, в частности с Китаем.

В Китае в последние годы выдвигается тезис об «исторической несправедливости» современных границ Китая. В качестве территориальных приобретений Китая современные китайские историки представляют результаты завоеваний не только всех китайских династий, но неханьских государств (например, монгольского и маньчжурского), выступавших в роли оккупантов по отношению к самому Китаю. Китайские историки тщательно фиксировали и включали в исторические хроники факты кратковременных завоеваний территорий в древности, что приобретало статус исторического документа.

В Академии общественных наук Китая создан Научно-исследовательский центр по изучению истории формирования границ Китая. При этом китайские исследователи следуют концепции «единого многонационального Китая». Она может подразумевать как создание научной модели формирования территории

⁴⁸ Ларин В.Л. Тихоокеанская политика России в начале XXI века // Свободная мысль. – 2007, № 2. С. 142–154.

⁴⁹ Саначёв И.Д. «Российский Дальний Восток» как научная дефиниция: понятийная постановка проблемы // Российский Дальний Восток в Азиатско-Тихоокеанском регионе на рубеже веков: политика, экономика, безопасность / Под общей ред. М.Ю. Шинковского. – Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2005. С. 28–34.

Китая как длительного и сложного процесса, так и попытку «проецировать вглубь веков» нынешнюю его территорию и территории всех народов, так или иначе связанных с ханьцами.

Если говорить о китайском взгляде на формирование российско-китайской границы, то китайские исследователи считают все договоры, кроме Нерчинского и Буринского, неравноправными, а Россию представляют как единый неизменный исторический сюжет, враждебный Китаю. При этом народы Сибири и Центральной Азии рассматриваются как части единой китайской нации, насильственно присоединенные к России. В некоторых работах даже Нерчинский договор рассматривается как уступка со стороны Китая.⁵⁰ Однако по мнению всех без исключения российских специалистов, именно Нерчинский договор 1689 г. был навязан России Цинской империей с помощью вооруженной силы и привел к потере Россией значительной территории на Дальнем Востоке, которую она уже освоила. Айгуньский договор 1858 г. и Пекинский договор 1860 г., которые в Китае до сего дня официально именуется «несправедливыми» и «неравноправными», на самом деле, позволили России вернуть лишь часть утраченной в 1689 г. территории, установив нынешнюю границу по Амуру и Уссури.

В международном праве вообще нет понятия «неравноправный договор».⁵¹ Бывают действительные и недействительные договоры. «Неравноправный договор» – политическая и моральная категория, которую китайская сторона, видимо, путем длительного употребления хочет перевести в правовую.⁵² В этой связи, следует прийти к выводу, что Китай с большой долей вероятности не может эффективно развиваться в своих нынешних границах. В связи с этим, внешняя экспансия становится, видимо, не просто возможным, но единственным средством выхода из всех порочных кругов.

Оптимальными направлениями для экспансии представляются восток России и Казахстан. Восточная Сибирь, как и Дальний Восток России обладают гигантской территорией и природными ресурсами при очень небольшом, причем быстро сокращающемся населении. Схожая ситуация имеет место в Казахстане. Ситуацию усугубляет соотношение наличия у Китая четкой и целенаправленной стратегии развития при полном отсутствии до последнего времени какой-либо взвешенной стратегии у России. Очевидно, что сторона, имеющая стратегию, всегда выиграет у стороны, не имеющей таковой. В таких условиях не представляется возможным создание системы экономического сотрудничества со странами АТР, выгодной для России.

Первым и необходимым, хотя и недостаточным условием для изменения ситуации является сокращение экономического отставания РФ от Китая, т. е. выход российской экономики на темпы роста, существенно более высокие, чем

⁵⁰ Границы Китая: история формирования / Под общ. ред. В.С. Мясникова, Е.Д. Степанова. – М., Памятники исторической мысли, 2001. – 470 с.

⁵¹ Асанова А.М. Становление межгосударственных киргизско-китайских отношений // Проблемы Дальнего Востока, 2001, № 3. – С. 76-86.

⁵² Румянцев Е.Н. Предисловие // Китай: актуальные проблемы внешней политики в освещении политологов КНР, Тайваня и Сингапура. – М., 2007 (Экспресс-информация / ИДВ РАН, № 3). – С. 4–12.

темпы роста экономики КНР. Вторым необходимым, но недостаточным условием является прекращение деградации Вооруженных сил РФ (особенно стратегических ядерных сил) и начало их реального, а не пропагандистского возрождения.

Для Дальневосточников всегда был важным ответ на вопрос «Откуда исходит угроза безопасности России?» Московские политологи и журналисты скорей всего скажут: от «агрессивного блока НАТО». Или от исламских фундаменталистов. Или от американских «ястребов». Вряд ли кто из них сразу обратит внимание на Азиатско-Тихоокеанский регион. Но именно туда выходят дальневосточные земли России с их несметными минеральными богатствами, крупными городами и хозяйственными объектами, в том числе федерального значения. Да, в этой части России невелика плотность населения, да она продолжает снижаться. И уже почти два миллиона россиян покинули этот регион. Но это же перспективная как в экономическом, так и геополитическом отношении территория государства и заботиться о ней, как и обо всей территории за Уральским хребтом, Правительство РФ должно ежедневно и ежечасно.⁵³

Этот регион сегодня, как правило, не причисляют к «горячим точкам» планеты. Чаще озабоченность СМИ и политологов вызывают Ближний и Средний Восток, Кавказ, Балканы. В Стратегии национальной безопасности России, принятой несколько лет назад, из «горячих точек» АТР обращено внимание только на ситуацию на Корейском полуострове, способную оказывать негативное воздействие на международную обстановку. В то же время АТР полон нерешенных пограничных вопросов. Взять хотя бы острова Парасельские и Спратли в Южно-Китайском море. В спор об их принадлежности вовлечены, кроме Китая и Вьетнама, еще как минимум три страны. И некоторым из этих стран Россия продает оружие. По островным территориям в Восточно-Китайском море (Сенкаку) спорят Китай и Япония. Есть менее известные, но от этого не менее острые споры из-за линии прохождения границы и у других государств Азии.

Конечно, в эти конфликты Россия не вовлечена, в отличие от ситуации с островами Южно-Курильской гряды, принадлежность к России которых оспаривает Япония. Но это и опаснее, так как на своей границе и на своей территории у Российской Федерации гораздо больше возможностей для маневра. А в чужих конфликтах правительство в меньшей степени может влиять на ситуацию. Оппоненты такого взгляда на ситуацию в регионе могут возразить, что все вышеперечисленные споры регулируются сегодня мирными способами. Да, и слава богу, сейчас в АТР господствуют разумное начало и тенденция к сохранению мира и стабильности. Но если в силу изменения ситуации – глобального экономического кризиса, краха политики той или иной партии, стоящей у власти в одном из азиатских государств, кому-то захочется отвлечь недовольство электората маленькой пограничной войной? Тогда Россия может ожидать проблемы и для себя.

⁵³ Николаев М. Тихоокеанский вектор безопасности России. Рубрика: федеральное собрание. Интернет-выпуск от 04.03.2010.

Проблемы экономического развития Дальнего Востока России, низкий уровень стратегического планирования развития субъектов РФ ДФО, нерациональное освоение природных ресурсов, повсеместное использование устаревших технологий наносит непоправимый ущерб имиджу государства.⁵⁴ Восточная Сибирь и Дальний Восток всегда признавались важным источником природных ресурсов (древесина, нефть, природный газ, уголь, алмазы и цветные металлы). Именно эти ресурсы были главным объектом внимания как российских, так и зарубежных бизнес организаций.⁵⁵ Правительство России находится под огромным давлением со стороны экономически развитых стран и международных банковских организаций, которые рекомендуют перестройку в экономике, внедрение рыночных принципов ведения хозяйства субъектов РФ ДФО, а также создание политически стабильных условий для иностранной помощи и инвестиций в экономическое развитие региона.⁵⁶ Природные богатства Дальнего Востока России определяются в качестве залога иностранной финансовой помощи и инвестиций в регион.

Сегодня Дальний Восток России является важной региональной силой в Азиатско-Тихоокеанском регионе. В определенной мере регион быстро движется в сторону рыночных реформ и повышению уровня международных торговых отношений, особенно со своими соседями по АТР. В то же время существует некоторый уровень напряженности в отношениях между федеральным центром и региональными правительствами ДФО, что не является новым фактом.⁵⁷ В этой связи, следует отметить положительную динамику развития региона в первое десятилетие XXI века (Президенты РФ: В.В. Путин и Д.А. Медведев) (рис. 2).

Экономический кризис 2008–2009 гг. – это первый структурный кризис глобальной экономики в XXI веке. Мировая экономика столкнулась с нехваткой материальных ресурсов для роста. При этом, имеющиеся ресурсы используются не рационально. Многие производства и отрасли были созданы задолго до формирования глобального рынка. Они создавались как локальные производства отдельных национальных экономик. После образования глобального рынка выявилось, что многие из них устарели, являются технически отсталыми, часть производств размещена неудачно, вдали от сырьевых и производственных ресурсов. Для глобального рынка они лишние, ненужные, отбирающие ресурсы у современных экономических производств. Своим нерациональным по-

⁵⁴ IWGIA, Indigenous Peoples of the Soviet Far North, International Work Group for Indigenous Affairs Document 67 (Copenhagen: IWGIA) 1991), Russia's Greens. The Poisoned Giant Wakes Up, *The Economist* 313(7627): 23-26 (1989).

⁵⁵ V. Conolly, *Siberia Today and Tomorrow*. (London: Collins) 1975; F. I. Kushnirsky, *Soviet Economic Planning, 1965-1980*. (Boulder, CO: Westview) 1982; SV Slavin *Leninskie idei i osvoenie sovetского severa* (Leninist ideas and the mastery of the Soviet North), *Letopis' Severa* 10: 3-22 (1982); J. Tichotsky, *Use and Allocation of Natural Resources in the Chokotka Autonomous District*, Institute of Social and Economic Research, University of Alaska, Anchorage, 1991; A. Wood and R. A. French, editors, *The Development of Siberia: Peoples and Resources* (New York: MacMillan) 1989.

⁵⁶ Yeltsin Proves a Charmer as He Ventures into Capitalists' Den, *New York Times*, February 2, 1992 (p. 8).

⁵⁷ Leslie Dienes, «Siberia Perestroika and Economic Development, *Soviet Geography*, 32(7): 445-457 (1991); Beth Mitchneck, «Territoriality and Regional Economic Autonomy in the USSR» *Studies in Comparative Communism* 24(2): 218-224(1991).

треблением они создают дефицит материальных ресурсов, что ведет к безудержному росту цен на сырье и материалы. Совсем не случайно, что экономический кризис начал проявляться тогда, когда цена нефти достигла 140-150 долларов. Дефицит энергоресурсов послужил спусковым крючком для разворачивания кризиса.

Разразившийся мировой экономический кризис не обошел стороной и Россию. Резкое падение мировых цен на товары традиционного российского экспорта, снижение доступности дешевых кредитов в конце 2008 года и начале 2009 спровоцировали обвал на фондовом рынке России, девальвацию рубля, снижение промышленного производства, ВВП, доходов населения, а также рост безработицы.

Russian GDP (PPP) Since Fall of Soviet Union

Billions of International Dollars (2008)

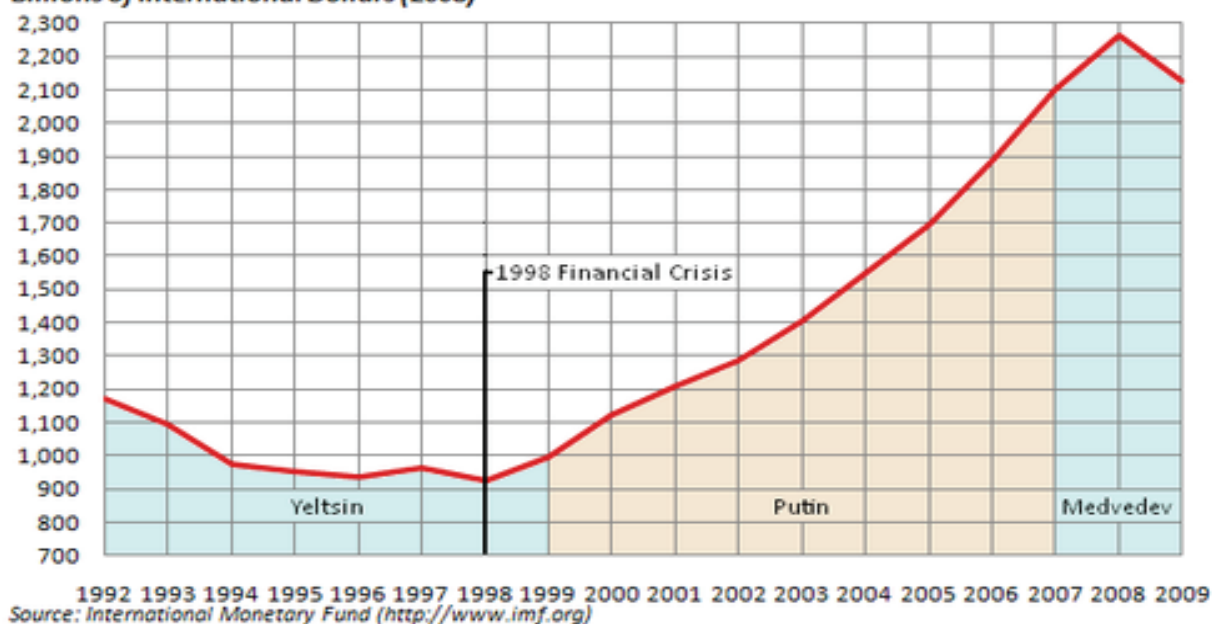


Рис. 2. Динамика экономического состояния России в период рыночных реформ

Антикризисные меры Правительства РФ потребовали трат значительной доли международных резервов. По состоянию на 01.07.2009 г. международные резервы Центрального банка составляли 412,6 млрд долл. По сравнению с 1 июля 2008 года, когда объем международных резервов России составлял 569 млрд долл., этот показатель снизился на 27,5 %. В мае 2009 года ВВП России снизился на 11 % по отношению к аналогичному месяцу прошлого года. Экспорт за этот месяц упал по сравнению с маем 2008 на 45 %, составив 23,4 млрд долл.; импорт снизился на 44,6 % до 13,6 млрд долл. Сальдо торгового баланса уменьшилось в 1,8 раза.⁵⁸

Во второй половине 2009 года экономический спад был преодолен, в III и IV кварталах этого же года рост ВВП России с учетом сезонности составил

⁵⁸ Доклад «Итоги деятельности Минэкономразвития России в 2009 году и задачи на 2010 год» // Министерство экономического развития России, 2010.

1,1 % и 1,9 % соответственно. По итогам 2009 года ВВП России упал на 7,9 %, что являлось одним из худших показателей динамики ВВП в мире, в то же время, показав лучшую динамику, чем несколько стран бывшего СССР.⁵⁹ Данные показатели позволили России выйти на третье место по ВВП на душу населения среди стран бывшего СССР, обогнав по этому показателю Латвию и уступив только Эстонии и Литве.⁶⁰ В марте 2010 года в докладе Всемирного банка отмечалось, что потери экономики России оказались меньше, чем это ожидалось в начале кризиса. По мнению экспертов Всемирного банка, отчасти это произошло благодаря масштабным антикризисным мерам, которые предприняло правительство РФ.⁶¹

Если сформулировать интегрально, то мировой экономический кризис — это процесс, в ходе которого из отдельных национальных экономик, созданных в силу исторических причин и обстоятельств, локально стихийно, имеющих порой низкий технический уровень, формируется единая глобальная система индустриального производства с высокой специализацией и техническим уровнем. Это процесс, в котором индустриальная экономика использует, по сути, последний существенный резерв повышения своей эффективности.

В нашем прошлом мы ищем корни настоящего. Анализируя настоящее, мы пытаемся узнать, что принесет нам будущее. При этом необходимо не забывать о историческом опыте прошлого. Теория многополюсного, многополярного мира получила широкое распространение, как некая модель будущего мира. Порой она похожа на ностальгию по утерянному могуществу и величию, порой на мечты о таковом в будущем мире. При этом утверждается, что возникновение такого мироустройства неизбежно. Но никто до сих пор внятно не объяснил, как будут сосуществовать эти полюса, как будут избегать конфликтов. Разговоры о неких правилах сосуществования, которые все будут неукоснительно соблюдать, очень напоминают «протоколы о намерениях», которые, как правило, не реализуются.

Любой из вариантов многополярного мира не изменит главного. Это модель размежевания, соперничества, взаимного сдерживания, противостояния и конфликтов. Исторический опыт показывает, что в случае конфликтов и противостояний, правила, в лучшем случае, действуют до той поры, пока одна из сторон не почувствует угрозы проигрыша или поражения. После этого правила для этой стороны перестают существовать как сдерживающий фактор. Помимо этого необходимо учитывать, что мир не находится в статическом состоянии, он постоянно динамически изменяется. При этом могущество полюсов, соотношение сил между ними будет постоянно изменяться. А это неизбежно будет приводить к очередным переделам сфер влияния и контроля. То есть, многополюсная система будет крайне нестабильной и неустойчивой.

Способна ли такая система решить имеющиеся на сегодняшний день проблемы АТР, не говоря уже о проблемах будущего? Способна ли она, например,

⁵⁹ CIA — The World Factbook — Country Comparison :: National product real growth rate // CIA; (207 место в рейтинге роста ВВП из 214)

⁶⁰ CIA — The World Factbook — Country Comparison : GDP — per capita (PPP).

⁶¹ Всемирный банк поверил в Россию // РБК, 24 марта 2010

решить проблему взаимных приграничных территориальных претензий, экономического и демографического давления одних стран региона над другими и т. п.? Ведь все основные механизмы рыночных отношений сводятся к противостоянию и соперничеству. Поэтому система многополярного мира способна эти проблемы только обострить, или, в лучшем случае, законсервировать. При этом уровень конфликтности будет только повышаться, угрожая перейти в открытое противоборство. Каким образом многополюсный мир способен решить сегодняшние и завтрашние проблемы мирового экономического кризиса?

Объективные тенденции развития глобальной экономики АТР в условиях вступления России в ВТО требуют сотрудничества и интеграции, а не размежевания и противостояния. Многополюсный мир неизбежно породит полярные экономики. Каждый из полюсов будет вынужден выделять громадные ресурсы на создание и обеспечение своей силовой составляющей, обеспечивающей его безопасность и поддерживающей его экспансию. В многополюсном мире неизбежна новая гонка вооружений, и она вряд ли ограничится землей, вероятно, создаются или будут созданы системы космического базирования. Большая часть мира, не попавшая ни в один из полюсов, станет ареной борьбы полюсов за ресурсы, влияние, за контроль над стратегическими территориями и коммуникациями.

В экономике развивающихся стран АТР формируются первые ростки нового типа производства, которое приходит на смену индустриальному производству - это «интеллектуальное производство», которое предъявляет новые требования к человеческому капиталу к трудовым ресурсам. Оно выработает свою идеологию. Какой она будет, можно только предполагать. Если либеральная идеология, это идеология свободы действий, то идеологией интеллектуального производства будет идеологией свободы мысли и интеллектуального творчества. Возможно, как более интеллектуальная идеология, она включит в себя понятие справедливости, которому места в либеральной идеологии не нашлось.

Сейчас невозможно предугадать, какую форму примет переход к интеллектуальному производству. Остается только надеяться, что умудренное опытом прошлого, человечество сумеет его пройти более бесконфликтно и с меньшими потрясениями, чем это происходило при предыдущих сменах системы производства. Динамика процессов в экономике показывает, что переход к интеллектуальному производству произойдет уже в текущем веке. Мировой экономический кризис будет стимулировать этот переход. Этот процесс идет уже сейчас. Конечно, материальное производство никуда не исчезнет, но изменится его роль, поменяются ценностные шкалы экономического могущества, поменяется система геополитических оценок. Вполне возможно, что в недалеком будущем в списке ведущих стран АТР не будет некоторых, являющихся сегодня экономическими и геополитическими лидерами. Это, кстати касается России и ее неотъемлемой части – Российского Дальнего Востока.

Тенденции роста региональной экономики в посткризисный период, начиная с 2010 года, не должны убаюкивать управляющие структуры субъектов

РФ ДФО, поскольку вполне возможен вариант провала преобразований из-за высокого уровня коррупции и забюрократизированности системы управления региона. Сегодня, как никогда, деловая активность, и общественная деятельность дальневосточников нуждаются в высвобождении из-под бюрократического вертикального прессинга, иначе «технологическая» модернизация просто не даст эффекта. Так, успехи в развитии информационно-коммуникационных технологий дают преимущество в скорости обработки информации и принятия решений, но они не породят мультипликационного эффекта в других секторах экономической деятельности, если одновременно не будут снижены административные барьеры и обуздана коррупция.

Становится очевидным, что тормозит поступательное развитие Дальнего Востока России высокий уровень и динамика преступности. Многие социально-экономические региональные вопросы, так или иначе, смыкаются с коррупционными схемами, что резко снижает уровень инвестиционной привлекательности ДФО для зарубежных инвесторов.

На оценку населением своего социального благополучия оказывает влияние и сложившийся уровень, и динамика преступности. В среднем в ДФО в 2010 г. зарегистрировано 143 615 правонарушений (2 280 на 100 тыс. человек) (табл. 4, 5).

Таблица 4

Число зарегистрированных преступлений в территориях ДФО (абс.)*

Территория	2006	2007	2008	2009	2010	2010 в % к 2009г.
ДФО	238 802	220 234	193 200	167 576	143 615	85,7
Респ. Саха (Якутия)	24 144	23 075	20 746	18 739	17 181	91,7
Камчатский край	11 961	8 601	6 297	6 100	5 445	89,3
Приморский край	82 461	76 636	65 554	56 181	50 927	90,6
Хабаровский край	64 313	60 593	55 275	44 023	32 321	73,4
Амурская область	26 563	24 470	21 555	19 891	18 489	93,0
Магаданская область	5 939	4 835	4 313	4 127	3 556	86,2
Сахалинская область	16 114	15 214	13 737	13 019	10 858	83,4
Еврейская АО	6 218	5 777	4 786	4 603	4 019	87,3
Чукотский АО	1 089	1 033	937	893	819	91,7

* Дальневосточный федеральный округ. 2010: Статистический сборник / Хабаровскстат. – г. Хабаровск, 2011. – 167 с.

По данным официальной статистики количество правонарушений в последние 5 лет снижается как в абсолютных показателях, так и в относительных. Можно было бы успокоиться от «магии» приведенных цифр, однако мешают такой реакции данные по так называемой «латентной» преступности и особенностям ее регистрации, поскольку переименование милиции в полицию, к сожалению не изменили подходов к учету и оценке уровня преступности. В целом по уровню регистрируемой преступности ДФО занимает 3-е место в Рос-

сийской Федерации, ее уровень выше среднероссийских показателей на 24 %.⁶² Лидируют в ДФО по уровню преступности Приморский край (6-е место в РФ), Хабаровский край (15-е место), Еврейская АО (17-е место), Магаданская область (18-е место).

Таблица 5

Число зарегистрированных преступлений в территориях ДФО*
(на 100 000 человек населения)

Территория	2006	2007	2008	2009	2010	2010 в % к 2009 г.	Место, занимаемое в РФ, 2010
РФ	2 706	2 521	2 261	2 110	1 839	87,2	
ДФО	3 658	3 385	2 985	2 598	2 280	87,8	3
Респ. Саха (Якутия)	2 542	2 427	2 182	1 973	1 793	90,9	40
Камчатский край	3 435	2 398	1 827	1 779	1 693	95,2	50
Приморский край	4 097	3 830	3 291	2 830	2 599	91,3	6
Хабаровский край	4 565	4 314	3 940	3 142	2 402	76,5	15
Амурская область	3 026	2 806	2 486	2 306	2 227	96,6	21
Магаданская обл.	3 493	2 892	2 624	2 546	2 257	88,7	18
Сахалинская обл.	3 077	2 926	2 659	2 539	2 176	85,7	25
Еврейская АО	3 341	3 113	2 580	2 485	2 273	91,5	17
Чукотский АО	2 156	2 051	1 878	1 820	1 614	88,7	57

* Дальневосточный федеральный округ. 2010: Статистический сборник / Хабаровскстат. – г. Хабаровск, 2011. – 167 с.

Дополняет ситуацию с преступностью преступность мигрантов, большинство из которых выходцы из поднебесной. Как правило, китайские мигранты остаются культурно чужеродным образованием в рамках дальневосточного населения. Они практически никак не растворяются среди коренных жителей и даже наоборот стараются поддерживать свою обособленность, оставаясь своеобразно «вещью в себе», не проницаемой для неазиатского населения. Например, на Дальнем Востоке единичными остаются смешанные браки между русскими и китайцами. Причем даже незначительное число таковых можно интерпретировать скорее как фиктивные, направленные легализацию китайского рабочего в России.

В этой связи, главная опасность скрывается в том, что не интегрированные в российское общество китайские мигранты образуют параллельную систему властных отношений, ориентированную не на российские органы государственной власти, а на созданные ими самими структуры. Так, большинство китайцев, каким-либо образом работающих в России, контролируется китайскими преступными синдикатами – триадами, которые, в свою очередь, плотно взаимодействуют со спецслужбами Китайской Народной Республики. Таким образом, получается ситуация сосуществования на одной территории двух параллельных государственных структур с диаметрально противоположными целя-

⁶² Регионы России. Социально-экономические показатели. – 2011: Стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 990 с.

ми, и остается только вопросом времени, какая из данных структур окажется более жизнеспособной.

В заключение этого раздела хотелось бы вновь обратиться к соседям по региону, поскольку специалисты из поднебесной все чаще и чаще оказываются более прозорливыми и добиваются высоких результатов реформ именно в тех вопросах, где буксует отечественная государственная машина. Анализ материалов опубликованных агентством «Синьхуа» в виде реакции на отчет В.В. Путина в Госдуме 11 апреля 2012 года. По мнению китайских специалистов экономика России накопила как минимум шесть ключевых дефектов (рис. 1.3).

Шесть ключевых дефектов	Пять приоритетов В.В. Путина
I. Небольшое население и серьезный дефицит трудовых ресурсов	I. Демографическая состоятельность
II. Незрелость финансового сектора, низкая способность бизнеса к самоорганизации	II. Региональное развитие с приоритетом Дальнего Востока и Восточной Сибири
III. Сырьевое искажение структуры экономики Падение доли несырьевого экспорта	III. Построение новой экономики
IV. Рост барьеров для инвестиций и экономической активности	IV. Создание качественных рабочих мест
V. Нарастающее отставание в сфере технологий, науки и предпринимательства	V. Укрепление глобальных позиций через интеграцию на евразийском пространстве
VI. Доминирование монополий, недостаточная конкуренция	
Источники: агентство «Синьхуа»	Отчет В. Путина в Госдуме 11.04.12

Рис. 3. Шесть ключевых дефектов экономики России и пять приоритетов развития Президента РФ В.В. Путина

Это, во-первых, сырьевая зависимость и «заточенность» экономики под экспорт топлива; во-вторых, неблагоприятный деловой климат, растущие барьеры для предпринимательства; в-третьих, усложнение ситуации с технологиями, наукой и бизнесом; в-четвертых, неразвитая конкуренция и доминирование естественных монополий; в-пятых, «невысокий уровень развития общественных капиталов, слабая способность к самоорганизации, к саморегулированию у частных компаний»; в-шестых, не лучшие демографические показатели и «серьезный дефицит трудовых ресурсов».

В то же время у отдельных экспертов некоторые пункты списка все же вызывают сомнения. В частности, о якобы неспособности российского бизнеса к самоорганизации. По их мнению: «Если имеется в виду неспособность придерживаться неких кодексов этического поведения, которые приняты, допустим, в западных компаниях, то это не обязательно вина самого бизнеса». Когда

все проблемы можно решить с помощью взяток, когда из-за коррупции законная и этическая деятельность не защищает от претензий госорганов, то трудно ожидать какой-то особенной добросовестности от бизнеса. Если же рассматривать этот пункт с точки зрения саморегулирования, то государство просто не доверяет частному сектору регулировать себя самостоятельно. Вполне естественно, что эти рассуждения имеют непосредственное отношение к стратегии социально-экономического развития Дальнего Востока России.

В современных условиях именно этот регион вызывает пристальное внимание, не только китайских, но и руководителей, специалистов многих других стран мира, как центр притяжения геополитических, экономических и инвестиционных интересов. При этом, ключевое значение обретает проблема структуризации Дальневосточного региона в рамках Российского государства, причем на первый план выходит не функциональная составляющая, а то, каким образом должно быть организовано пространство региона с целью его максимально полного включения в геополитическую структуру России.

Начиная с момента инициации широкомасштабных экономических реформ, шел мучительный поиск ответа на вопрос о том, зачем нужен современной России Дальний Восток и какие опасности нас ожидают в случае произвольной или непроизвольной утраты данного региона. Как правило, все рассуждения об экономических реформах сознательно или неосознанно обходили самих дальневосточников.

А ведь именно либерально-демократические реформы в нашей стране вдруг поставили парадоксальный вопрос об экономической целесообразности владения частью территории государства и, как следствие, о сути политики российского центра по отношению к дальневосточной окраине. Разумеется, вопрос не заострялся до уровня возможности специального отделения Дальнего Востока от остальной части страны. Даже самые радикальные общественные деятели старались не обострять проблему окраины до такой степени, в то же время в геополитической науке Запада прямо был поставлен вопрос о том, что экономически ослабленная Россия должна избавиться от отягощающих ее положение Сибири и Дальнего Востока путем передачи регионов в управление более развитым государствам, прежде всего, США, Японии и, в перспективе, Китаю.⁶³

Хорошей иллюстрацией отношения к таким высказываниям зарубежных политиков и экспертов является позиция населения Дальнего Востока. С одной стороны, жители региона явно не легитимируют национальные интересы страны в рамках региона. Об этом, в частности, свидетельствует не прекращающийся отток населения, который продолжается даже после инициации серии грандиозных проектов, требующих привлечения значительного числа рабочей силы.⁶⁴ С другой стороны, Дальний Восток – это регион России с наименее выраженными сепаратистскими устремлениями. Как окраина он сильнее, чем другие регионы страны политически привязан к центру. Устойчиво высокое негатив-

⁶³ Сорокин К.Э. Геополитика современности геостратегия России. М.: РОССПЭН, 1996. 168 с.

⁶⁴ Быстрицкий С.П., Заусаев В.К., Хорошавин А.В. Дальний Восток России: становление новой экономики. Хабаровск: Изд-во ДВАГС, 2008. 267 с.

ное отношение дальневосточников к соседям по Северо-Восточной Азии (прежде всего, Китаю) практически полностью нивелирует всякую возможность добровольного отделения.⁶⁵

В условиях сокращения численность и старения населения всех без исключения субъектов РФ ДФО и снижения уровня его здоровья необходимы сбалансированные региональные подходы по охране здоровья дальневосточников, поскольку никакая, даже самая грамотная инновационная стратегия развития, останется на бумаге без достаточного уровня количественных и качественных характеристик собственных трудовых ресурсов. Региональная стратегия, по нашему мнению, должна отражать политическую волю органов власти для принятия эффективных решений в сфере охраны здоровья с учетом географических и социально-экономических особенностей Дальнего Востока России.

Коротко ее можно выразить лозунгом: «Достойное финансирование плюс комплексные реформы». Мы полагаем, что наступила пора отказаться от ложного противопоставления: деньги или реформы. Пора покончить как с дистрофией, так и с уродливыми конвульсиями в финансировании регионального здравоохранения. Деньги нужны не для того, чтобы вечно сохранять систему, которой присущи дисбалансы, неэффективность и безответственность. Однако и реформы требуются никак не ради бюджетной экономии, коммерциализации или фактического сокращения доступности медицинской помощи широким слоям дальневосточников. А значит, пора перестать выдергивать из концепций модернизации отрасли то небольшое, что непосредственно выгодно бюджету, пренебрегая главным – интересами пациента и врача.

Именно так подчас поступают мнимые сторонники модернизации, которых менее всего заботят нужды здравоохранения региона, и точно так же трактуют реформы их непримиримые противники. Пора, наконец, четко сказать: подмена комплексной, финансово сбалансированной модернизации отдельными мерами, выбранными с позиций вульгарной экономии, может лишь ухудшить сложившуюся ситуацию. Но и откладывать модернизацию экономики региона и производной от нее отрасли здравоохранения дальше просто недопустимо, иначе в здравоохранении ДФО наступит коллапс.

Блокировать модернизацию может непонимание дальневосточным сообществом конечных ее целей. Современная история говорит о том, что там, где стратегия развития принимается без должного обсуждения, закрытым кругом и волевым порядком, ее результаты непредсказуемы. Нынешняя региональная политическая система закрыта для критики извне, неохотно идет на компромиссы, вышестоящие фигуры и инстанции не желают слышать альтернативных мнений и суждений по ключевым вопросам развития. Этот риск многократно усилится при принятии сложных решений о структурных реформах, распределении убывающих ресурсов или модернизационных проектах.

⁶⁵ Козлов Л.Е. Общественное мнение Дальнего Востока о внешней и внешнеэкономической политике России в АТР // Проблемы Дальнего Востока, 2007. – № 3. – С. 70–81.

Ларин А.Г. Российско-китайские отношения и китайские мигранты в оценке россиян // Проблемы Дальнего Востока, 2008. № 5. – С. 111–123.

С другой стороны, для эффективной модернизации регионального хозяйства необходим высокий уровень трудовых ресурсов, т. е. высокий уровень здоровья дальневосточников. Сегодня становится понятным тезис о том, что только богатый и самодостаточный регион может позволить себе коренную модернизацию системы охраны здоровья населения, на что потребуются значительные капитальные вложения. Все реформы в сфере охраны здоровья дальневосточников, попытки обеспечить кардинальные изменения в оказании медицинской помощи, повысить ее качество, обречены на провал, если в этом не будут заинтересованы сами медицинские работники, а также не будут приняты экстренные меры по повышению престижности их профессии. Причем не только за счет формирования положительных моральных стимулов и высокого положения в обществе, но и за счет повышения оплаты труда в разы, при условии корреляции вознаграждения с конечными результатами труда.

Один из современных столпов американского менеджмента П. Друкер писал, что экономисты и политики уже в 19 веке поняли, «что низкооплачиваемый труд малопродуктивен, и от него не приходится ожидать хорошего качества, а также, что он неконкурентоспособен на мировых рынках сбыта». Следовательно, потребности наемных работников, осознаваемые ими ценности и формирующиеся на их основе экономические интересы, реализуемые в трудовых отношениях, определяют особенности формирования как их собственного человеческого капитала, так и человеческого капитала их детей. Результаты региональных социологических исследований показывают существование трансформации ценностей наемных работников и, на их основе, экономических интересов, а именно – снижение значимости таких ценностей, как «интересная работа» и «возможность самовыражения», характерных для советского периода, и возрастание мотива «хороший заработок», который во всех результатах современных опросов прочно занимает первое место. Ничего удивительного в этом нет, поскольку большая часть дальневосточников поставлена в экономически жесткие условия борьбы за выживание.

В XXI веке в принципиально новых условиях развития общества модернизация региональной экономики должна соответствовать разработанной парадигме развития Дальнего Востока России, основанной на формировании собственных качественных трудовых ресурсов. Добиться этого можно за счет роста человеческого капитала, изменения принципов оплаты труда, межсекторального подхода к модернизации регионального здравоохранения, повышения ответственности власти за демографическую безопасность, а также роста уровня заинтересованности граждан в укреплении собственного здоровья.

История не повторяется – это историки повторяют друг друга.

Первое правило истории
(Законы Мерфи)

Глава 2

Здравоохранение Дальнего Востока России в XX веке: богатое наследство или пережитки прошлого?

Проблемы охраны здоровья дальневосточников во все исторические периоды освоения этой отдаленной провинции России не были разрешены даже в минимально необходимом объеме. Всегда находились более важные проблемы для государственных и частных инвестиций. Хотя руководители региона, начиная с генерал-губернатора Муравьева-Амурского в XIX веке, заканчивая полпредом Президента РФ в ДФО В.И. Ишаевым в XXI веке, прекрасно понимали, что только здоровый и образованный человек, имеющий исключительные возможности для поддержания и наращивания своего потенциала здоровья может выжить в непростых климатогеографических и социально-экономических условиях региона.

Каждое историческое явление следует рассматривать в строгом контексте эпохи и времени. Конечно, при этом историк может и должен пользоваться современными методами и техническими средствами, но думать и даже выражаться он должен тем языком и теми понятиями, которые были «родными» для изучаемой эпохи.¹

Оценка дореволюционного здравоохранения Дальнего Востока в нашей стране традиционно проводится с точки зрения центральной власти (советской или российской в Москве или Санкт-Петербурге), при этом, все положительные сдвиги трактуются как следствие усилий центральных властей, а отрицательные – как итог отдаления от центра и попыток проводить самостоятельную политику. Даже дальневосточные исследователи этой темы объясняют улучшение системы оказания медицинской помощи дальневосточникам и улучшения их здоровья в годы советской власти прямым руководством системы здравоохранения Дальнего Востока из Москвы.² В конце XX–начале XXI века система методологических подходов и стандартов отечественной исторической науки подверглась резкой критике и частичному пересмотру. Своеобразная «идеологическая свобода» в выработке методологического подхода сделала возможным привлечение зарубежных теоретических установок к рассмотрению российских

¹ Резун Д.Я., Шиловский М.В. Сибирь, конец XVI–начало XX века: фронт в контексте этносоциальных и этнокультурных процессов. – Новосибирск, 2005. <http://history.nsc.ru/kapital/project/frontier/ch1.html#en71>.

² См. напр.: Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856–1968 гг.). Дисс... канд. мед. наук. – Томск, 1969; Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976; Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке / Под ред. В.В. Трофимова. – М., 1979.

явлений.³ Воплощением этого процесса явилось переосмысление термина «колонизация» и заимствование американской теории фронта.

Обращение к истории освоения Дальнего Востока с позиций теории колонизации порождает ряд методологических проблем. Прежде всего, это трактовка самого понятия «колонизация» и возможность его применения к исследуемой территории. Достаточно подробный анализ колониационного подхода дан А.И. Широковым. Автор справедливо отмечает, что отталкиваясь от значения «колонизации», как от «одного из видов государственной деятельности, регламентируемой особыми правилами», мы невольно признаем колониальное положение Дальнего Востока, что само по себе требует серьезных доказательств.⁴

Тем не менее, термин «колония» нередко употребляли чиновники и государственные структуры. Так, министр путей сообщения адмирал К.Н. Посыет в 1880-е гг. писал по поводу хорошо знакомого ему Дальнего Востока: «Смотря на эту страну как на колонию, необходимо по примеру других государств, владеющих колониями, прежде всего, позаботиться о гражданском ее развитии». В 1888 г. Государственный совет признал, что «часть азиатских наших владений и поныне осталась не более как русскою колонией на Дальнем Востоке».⁵

Качественные характеристики результативности освоения территории могут быть отражены как минимум двумя полярными дефинициями: «колония» (страна или территория, находящаяся под властью какого-либо государства, лишенная экономической и политической самостоятельности, управляемая на основании специального режима) или «освоенная территория» (район, где целенаправленно сформирована комфортная и устойчивая социальная среда).⁶ Между тем, и в настоящее время Дальний Восток нельзя назвать полностью освоенной территорией. Не только из-за малонаселенности и низкой плотности населения, но и потому, что большая часть территории региона по-прежнему не вовлечена в социально-экономический оборот.⁷

Макросоциологические модели придают особое значение территориальной конфигурации нации-государства. Согласно первому принципу, большие государства более склонны к экспансии, чем мелкие. Согласно второму, преимущество имеют те, что защищены естественными границами, например морем, и могут концентрировать силы на направлениях, которые сами выбирают. Согласно третьему, большие континентальные государства склонны к фрагментации. Колониальная экспансия лучше удается островным крепостям, таким как

³ Соболева Т.Н., Бобров Д.С. Современная российская историография концепции фронта // Известия Алтайского государственного университета. – 2011. – № 4-1. – С.189–193.

⁴ Широков А.И. Государственная политика на Северо-Востоке России в 1920-1950-х гг.: Опыт и уроки истории / под ред. Э.И. Черняка. – Томск, 2009. – С.8–11.

⁵ Шиловский М.В. К вопросу о колониальном положении Сибири в составе русского государства // европейские исследования в Сибири. – Томск, 2001. – Вып. 3. – С. 7.

⁶ Широков А.И. Указ. соч.

⁷ Воробьева Т.В. История Камчатки с позиций методологии фронта // Пятое Международные исторические и Свято-Инокентьевские чтения «К 270-летию выхода России к берегам Америки и начала освоения Тихого океана (1741-2011)»: материалы: 19-20 окт. 2011 г. – Петропавловск-Камчатский, 2012. – С. 101–104.

Англия, а внутренняя интеграция остается задачей континентальных держав, таких как Россия.⁸

Одно и то же историческое понятие «колонизация» используется двумя противоположными способами применительно к России и к Европе. Применительно к Европе колонизация определяется способом, который предполагает деколонизацию, а применительно к России колонизация определяется способом, который делает деколонизацию логически невозможной. Главные пути российской колонизации были направлены не вовне, а внутрь метрополии: не в Польшу и даже не в Башкирию, а в тульские, поморские, оренбургские деревни. Россия колонизовала саму себя, осваивала собственный народ. То была внутренняя колонизация, самоколонизация, вторичная колонизация собственной территории.⁹

Впервые концепцию «внутренней колонизации» применительно к российскому материалу стал разрабатывать Александр Эткинд.¹⁰ Но сам концепт «внутреннего колониализма» (Эткинд предпочитает говорить о колонизации, желая подчеркнуть, что речь идет о процессе, а не о статичной системе) имеет гораздо более внушительную историю. Одним из первых о внутреннем колониализме заговорил в 1960-е годы американский социолог Роберт Блаунер, который провел параллели между «внутренними» чернокожими гетто в США и «внешними» африканскими колониями западных стран. Затем, уже в 1970-х, категории «внутреннего колониализма» стали активно использоваться для описания отношений креолов, потомков белых переселенцев, и коренного населения Южной Америки. Наконец, наибольшую известность получила трактовка, представленная в книге Майкла Хечтера «Внутренний колониализм. Кельтская окраина Британской империи» (1975). В книге Хечтера, как и у Блаунера, речь шла о группе иного этнического происхождения, которая, проживая в рамках единой страны, подвергается эксплуатации и угнетению.¹¹

Российский случай не укладывается в этот ряд – здесь колонизаторы и колонизируемые принадлежат к одной и той же этнической группе: в России русские колонизируются русскими. Одна из основных мыслей Эткинда состоит в том, что для ситуации внутреннего колониализма принципиальна не столько этническая, сколько культурная дистанция. «Внутренняя колонизация великорусских областей сопровождалась искусственным производством культурных различий, необходимых для того, чтобы дисциплинировать и эксплуатировать подчиненные группы населения», отмечают составители сборника во вступительной статье.¹²

⁸ Эткинд А. Фуко и тезис внутренней колонизации: Постколониальный взгляд на советское прошлое // Новое литературное обозрение. – 2001. – № 49. – С. 50–74.

⁹ Там же.

¹⁰ Там, внутри. Практики внутренней колонизации в культурной истории России / Под ред. А. Эткинда, Д. Уф-фельманна, И. Кукулина. – М.: НЛЮ, 2012; Киришбаум Г. Конференция «Внутренняя колонизация России» (Пассау, Германия, 23—25 марта 2010 г.) // Новое литературное обозрение. – 2010. – № 105.
<http://magazines.russ.ru/nlo/2010/105/ge46-pr.html>

¹¹ Храмов А. Империя, свались с наших плеч // Русский журнал. 3 декабря 2012 г.

<http://www.russ.ru/pole/Imperiya-svalis-s-nashih-plech>

¹² Цит. по: Храмов А. Указ. соч.

Колонизация всегда имеет две стороны: активную и пассивную; сторону, которая завоевывает, эксплуатирует и извлекает выгоды, и сторону, которая страдает, терпит и восстает. Но культурная дистанция между метрополией и колонией не всегда совпадает с этнической дистанцией между ними (например, при Американской войне за независимость). В более обычных случаях между метрополией и колонией существовали и поддерживались культурные различия. Колонизуя Индию или Конго, британцы или бельгийцы с легкостью дистанцировались от тех, кого поработали и эксплуатировали. Особенностью России была лишь ее географическая протяженность и недонаселенность, затруднявшая передвижение людей и символов, а также особая конфигурация культурных признаков, подлежащих перемешиванию. Первостепенным фактором оставалась культурная дистанция между высшими и низшими классами, унаследованная от аграрного общества. Два эти мира разделяла пропасть, но все ресурсы государства, финансовые и людские, поступали из общин. Коммуникация между ними если была возможна, то оказывалась искаженной, рискованной и ограниченной.¹³

При этом, надо отметить, что сам Александр Эткинд избегает применять концепцию «внутренней колонизации» к восточным окраинам России, т. е. Сибири и Дальнему Востоку, считая эту тему недостаточно разработанной. Высказываются также мнения, что колонизация в России имела центростремительный характер, что лозунги деколонизации надо применять не к окраинам (например, к Сибири, к Дальнему Востоку или к Кавказу), а именно к внутренним губерниям, которые подвергались управлению колониальными методами.¹⁴ Кроме этого, авторы сборника «Там, внутри: практики внутренней колонизации в культурной истории России» (М., 2012) частично откристились от экономических вопросов и заявили, что они говорят только о культурных практиках.

Постколониальный контекст, популярный в последние десятилетия на Западе, также пока мало используется в исследованиях, посвященных Сибири и Дальнему Востоку. И этому есть очевидное объяснение. Как правило, постколониальная теория преисполняется необычайным моральным пафосом, защищая прежние и нынешние жертвы империалистического угнетения и поддерживая продолжающиеся процессы освобождения и исправления исторической несправедливости. Но в России, за исключением некоторых предельно ясных ситуаций, не всегда легко разобраться, кого и от кого предстоит освободить.¹⁵

Помимо концепций колониализма (внутреннего и внешнего), постколониальной теории, достаточно широко используется не только в зарубежной, но и в последние годы в отечественной историографии понятие «фронт» (от англ. «frontier», буквально означающего «рубеж, граница», в русскоязычной литературе в этом контексте также используются термины «зона освоения»,

¹³ Эткинд А. Фуко и тезис внутренней колонизации: Постколониальный взгляд на советское прошлое // Новое литературное обозрение. – 2001. – № 49. – С. 50–74.

¹⁴ Эткинд А. Внутренняя колонизация: Российская Империя сто лет спустя // Русский журнал. <http://www.russ.ru/Mirovaya-povestka/Vnutrennyaya-kolonizaciya-Rossijskaya-Imperiya-sto-let-spustya2>

¹⁵ Платт К. Внутренняя колонизация: границы империй / границы теорий // Неприкосновенный запас. – 2012. – № 82(2) <http://www.nlobooks.ru/node/2081>.

«порубежье» и др.).¹⁶ Этот термин был введен в оборот еще в 1893 г. американским историком Фредериком Джексоном Тернером. Фронтир, по Ф.Дж. Тернеру, – это внешний край движущейся вперед колонизационной волны – точка встречи дикости и цивилизации, это не просто движение вперед вдоль одной линии, а возвращение к примитивным условиям постоянно движущейся вперед границы, где общественное развитие становилось постоянным началом с каждой новой пограничной чертой. Ф.Дж. Тернер отмечал, что жизненный уклад фронта, формируясь на стыке двух цивилизаций, всегда отличается от жизни в старых поселениях.¹⁷

Богатство территории фронта тем или иным ресурсом, как правило, определяло его роль в экономике страны. Это внутренняя колония: поставщик ресурсов и потребитель продукции промышленности более развитых территорий.¹⁸ Фронтир оставил глубокий след в популярной культуре Америки – события освоения новых земель нашли отражение в приключенческих романах, шоу Дикого Запада, а после 1910 г. – в вестернах. По одной из гипотез именно концепция фронта сформировала современную американскую культуру, фронтир почитательно представляется «воспитателем» нации.

Концепция фронта в отечественной исторической науке оказалась востребована прежде всего учеными – специалистами в области истории Сибири и Дальнего Востока. Теоретические разработки идеи, предложенной Ф.Дж. Тернером, были направлены не на углубленное изучение методологических составляющих явления, а на построение линий компаративного анализа американского и сибирского фронтиров.¹⁹ Как отмечают исследователи этой проблемы, атмосфера, царившая в разные века на осваиваемых окраинах России и США, была очень схожей. «Жизнь тут кипит такая, о какой Европа и понятия не имеет. Она... напоминает мне рассказы из американской жизни» писал А.П. Чехов.²⁰ Сформировался и характерный «портрет» человека фронта. Гордый, вольный индивидуалист, авантюрист, легко идущий на риск восприятия нового, стихийный демократ. Такие качества, как нельзя лучше, подходили для жителей молодого государства США – и категорически противоречили

¹⁶ Фронтир в истории Сибири и Северной Америки в XVII-XX вв. общее и особенное. — Вып. 1-3. — Новосибирск, 2001-2003; Американский и сибирский фронтир = American and siberian frontier : материалы междунар. науч. конф. «Амер. и сиб. фронтир (фактор границы в американ. и сиб. истории)», 4-6 окт. 1996 г. / отв. ред. М. Я. Пелипась. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 1997; Замятина Н. Ю. Зона освоения (фронтир) и ее образ в американской и русской культурах // Общественные науки и современность. — 1998. — № 5. — С. 75-89; Хромых А. С. Проблема «сибирского фронта» в современной российской историографии // Вестник ЧелГУ. — 2008. — № 5 (106). — История. — Вып. 23. — С. 106-112; Приходько Н.Н. Фронтирная теория в геополитике на востоке России // Вестник Томского государственного университета. — 2007. — №298. — С. 98-102 и др.

¹⁷ Цит. по: Воробьева Т. В. История Камчатки с позиций методологии фронта // Пятые Международные исторические и Свято-Иннокентьевские чтения «К 270-летию выхода России к берегам Америки и начала освоения Тихого океана (1741-2011)»: материалы: 19-20 окт. 2011 г. - Петропавловск-Камчатский, 2012. — С. 101-104.

¹⁸ Замятина Н. Ю. Зона освоения (фронтир) и ее образ в американской и русской культурах // Общественные науки и современность. — 1998. — № 5. — С. 75-89.

¹⁹ Соболева Т.Н., Бобров Д.С. Современная российская историография концепции фронта // Известия Алтайского государственного университета. — 2011. — № 4-1. — С. 189.

²⁰ Разумова Н.Е. Сибирь и эволюция философских воззрений А.П. Чехова // Американский и сибирский фронтир. Американские исследования в Сибири. Вып. 2. — Томск, 1997. — С. 234.

устоям Российской Империи. Отсюда и восприятие самого фронта в каждой из стран.²¹

Первоначально освоение американского фронта осуществлялось переселенцами-добровольцами, и только потом, вторым эшелон, приходили представители государственной администрации. В России добровольное переселение на новые рубежи государства также имело место, но роль администрации здесь была гораздо выше. Освоение фронта в России проходило при высокой степени административной централизации, восполняющей недостаточную связанность территорий в рыночном, транспортном, информационном отношениях, при малом использовании разных форм самоорганизации и самоуправления.

Применение фронтальной теории к истории освоения Сибири и Дальнего Востока не всегда оправдано. В России не было единой линии, не было однородности, были огромные и совсем не сплошные прорывы, карманы, пустоты. Иногда их освоение брали на себя казаки и потом в министерствах не знали, что с этим делать. По мнению А. Эткинды, это другая топология – не фронт, а скорее пустота внутри. Это другие процессы – нескоординированные, неупорядоченные, не знавшие деления на внутреннее и внешнее.²² Разработка теоретической и методологической базы исследования исторических и современных процессов освоения Российского Дальнего Востока пока далека от завершения и все еще ждет своего исследователя.

2.1. Организация медицинской помощи на Дальнем Востоке до 1917 г.

Освоение Дальнего Востока России началось в 60-е гг. XIX в., и, не смотря на активную переселенческую политику Российской Империи, а также на то, что численность населения дальневосточного региона в эпоху капитализма увеличилась более чем в 5 раз, данный регион вплоть до 1917 г. оставался одной из самых слабозаселенных окраин страны.²³ При этом, основная часть населения Дальнего Востока сосредотачивалась на узкой полосе вдоль линии железной дороги, в городах и по берегам судоходных рек.²⁴

Развитие Дальнего Востока в дореволюционный период имело характерные особенности, которые влияли на все социально-экономические процессы в регионе. Во-первых, к моменту падения крепостного права в России большая часть его огромных пространств была совершенно неосвоенной. Во-вторых, особенностью рынка наемных рабочих Дальнего Востока было значительное привлечение иностранных подданных (из Китая, Японии и Кореи) и сильная

²¹ Замятина Н. Ю. Зона освоения (фронт) и ее образ в американской и русской культурах // *Общественные науки и современность*. – 1998. – № 5. – С. 75–89.

²² Эткин А. Внутренняя колонизация: Российская Империя сто лет спустя // *Русский журнал*. <http://www.russ.ru/Mirovaya-povestka/Vnutrennyaya-kolonizaciya-Rossijskaya-Imperiya-sto-let-spustya2>.

²³ История Дальнего Востока СССР в эпоху феодализма и капитализма (XVII в.–февраль 1917 г.). – М., 1990. – С. 244.

²⁴ Хаскина С.Ш. Из истории борьбы за власть Советов в Приморье в 1917 году // *Центральный государственный архив РСФСР Дальнего Востока. Труды. Том I.* – Томск, 1960. – С. 209–210.

зависимость от внешних трудовых ресурсов (к 1913-1914 гг. – до 80 %).²⁵ Кроме того, для Дальнего Востока был характерен высокий уровень урбанизации. В 1897 г. он составил 22,5 %, в 1913 г. – 28,9 %, в то время как в среднем по России – 13,4 % и 17,9 % соответственно.²⁶

Промышленное производство на Дальнем Востоке характеризовалось медленными темпами развития, что объяснялось не только нехваткой свободной рабочей силы и капиталов, но и активным ввозом фабричных товаров отечественного и иностранного производства (благодаря порто-франко).²⁷ Поэтому развитие промышленности преимущественно происходило за счет тех отраслей, которые не испытывали сильной конкуренции со стороны фабрично-заводской промышленности центральных районов России и зарубежных стран, имели хорошую сырьевую базу и давали хорошую прибыль. Экономика Дальнего Востока в XIX в. имела аграрную направленность, что типично для колонизируемой окраины.²⁸

Сразу после начала колонизации в XIX в. на Дальнем Востоке стала проводиться интенсивная разработка золотых приисков. Но уже к 90-м гг. проявился процесс децентрализации приисковых работ: при увеличении числа приисков и занятых рабочих в два раза, добыча золота возросла только на 25 %. С одной стороны, это привлекло дешевую иностранную рабочую силу, а с другой – большинство приисковых рабочих, трудящихся вдали от значительных населенных пунктов, было распылено по тайге.²⁹

В начале XX в. увеличение производства промышленности и численности рабочих стало происходить быстрее, чем рост количества предприятий, что свидетельствовало о концентрации производства, возрастании роли крупных предприятий.³⁰ Особенно большую роль в этом сыграло строительство Транссибирской и Китайской восточной железных дорог.

Строительство железных дорог значительно увеличило потребность экономики в минеральном топливе, что ускорило развитие угольной промышленности. В 1905 г. в Приамурском генерал-губернаторстве действовало 12 копей, а в 1916 г. – уже 32.³¹ Вместе с тем, многие частные предприятия не выдерживали конкуренции иностранного угля и закрывались. Постройка железной дороги открыла путь на дальневосточный рынок уральскому железу, что привело к упадку черной металлургии на Дальнем Востоке.

²⁵ Галлямова Л.И. Формирование рабочего класса на Дальнем Востоке России (1860-февраль 1917 г.) Автореф. дисс... канд. ист. наук. – Владивосток, 1980. – С. 16.

²⁶ Галлямова Л.И. Дальневосточные рабочие России во второй половине XIX - начале XX в. Автореф. дисс... докт. ист. наук. – Владивосток, 1998. – С. 28.

²⁷ Приамурский край. 1906–1910 гг. Очерк П.Ф. Унтербергера. Оттиск XIII тома записок ИРГО по отделению статистики, изданного под ред. д. чл. В.В. Моравского. – Спб., 1912. – С. 117.

²⁸ История Дальнего Востока СССР в эпоху феодализма и капитализма (XVII в. - февраль 1917 г.). – М., 1990. – С. 248–249.

²⁹ Там же. – С. 252–253.

³⁰ Обзоры Амурской области за 1906, 1908–1911 гг.; Обзоры Приморской области за 1906–1910 гг.; Приложения к Всеподданейшему отчету военного губернатора Амурской области за 1912–1914 гг.

³¹ История Дальнего Востока СССР в эпоху феодализма и капитализма (XVII в. - февраль 1917 г.). – М., 1990. – С. 312.

Русско-японская война 1903–1904 гг. явилась новым импульсом развития дальневосточной экономики. Южный регион Дальнего Востока в начале XX века по темпам своего экономического развития, использованию машин в промышленности и сельском хозяйстве и по образовательному уровню населения опережал не только Россию, но и США. Удельный вес промышленной продукции в валовой продукции народного хозяйства накануне Первой мировой войны на Дальнем Востоке был выше, чем в среднем по России.³² Начавшаяся Первая мировая война замедлила темпы развития промышленности.

В начале XX в. из-за сложной международной обстановки и Русско-японской войны Приамурский край стал находиться на военном положении. Поэтому Временные правила о профсоюзах на Дальний Восток не распространялись, и рабочие региона были лишены права на создание профессиональных организаций.³³ Из опыта стран Западной Европы известно, что социальное страхование практически всегда следовало за возникновением профсоюзов и социалистических партий, следовательно, наибольшую роль в социальном страховании играл уровень политической организации рабочего класса.³⁴ Отсутствие общественных организаций рабочих на Дальнем Востоке в начале века было одним из отрицательных факторов введения социального страхования.

Таким образом, в начале XX в. Дальний Восток был одним из самых динамично развивающихся регионов России, что, в первую очередь, было обусловлено географическим и военно-политическим положением территории. Однако высокие темпы прироста населения и особенности заселения в начале XX в. оказывали негативное влияние на организацию медицинской помощи населению Дальнего Востока.

Военная и морская медицина. Дальний Восток, глухая окраина царской России, служил местом ссылки и каторги, поэтому по времени возникновения старейшими среди медицинских учреждений были лечебные заведения при каторжных тюрьмах, воинских частях, а также населенных пунктах Амурского и Уссурийского казачьего войска. Первое стационарное медицинское учреждение на Дальнем Востоке было открыто в середине XVIII в. в Охотске. Это был госпиталь для военных, располагавшийся внутри крепости. С 1792 по 1797 г. в Охотске работал доктор медицины Ф.Ф. Реслейн, который значительно улучшил медицинское обслуживание. В 1809 г. для госпиталя было построено специальное помещение. Охотские медики лечили не только военных и моряков, но и местное население. В начале XIX в. при Охотском госпитале работала школа, подготовившая 8 фельдшеров.³⁵ До начала XIX в. Охотский госпиталь оставался единственным крупным медицинским учреждением на Дальнем Востоке.³⁶ Одним из старейших на Дальнем Востоке был военно-морской госпи-

³² Галлямова Л.И. Дальневосточные рабочие России во второй половине XIX–начале XX в. Автореф. дисс... докт. ист. наук. – Владивосток, 1998. – С. 36–37.

³³ Бойко-Павлов Д.И., Сидорчук Е.П. Так было на Дальнем Востоке. – М., 1964. – С. 29.

³⁴ Семенов В.Ю. Из истории становления системы медицинского страхования // Бюллетень НИИ им. Семашко. – 1994. – № 1. – С. 23–27.

³⁵ Востриков Л.А. Светя другим: очерки о врачах Сибири и Дальнего Востока XVIII – начала XX века. – Хабаровск, 1971. – С.93–95.

³⁶ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С.22–23.

таль, основанный в Петропавловске-на-Камчатке в 1818 г. Первыми врачами госпиталя были врачи Застолпский и Любарский. В течение почти 50 лет он назывался Петропавловским. В 1850-е годы Петропавловский морской госпиталь оказался единственным лечебным заведением на Дальнем Востоке, так как в 1849 г. Охотский госпиталь объединили с Петропавловским.

Позднее в апреле 1855 г. Петропавловский морской госпиталь перевели из блокированного в годы Крымской войны Петропавловска в Николаевский пост. В течение последующего пребывания в Николаевске-на-Амуре морской госпиталь оставался ведущим медицинским учреждением на Дальнем Востоке. После основания военного поста Владивосток военно-морская база русского флота на берегах Тихого океана вместе с госпиталем в 1871 г. была перенесена из Николаевска во Владивосток. Главным врачом Николаевского и Владивостокского госпиталей долгое время оставался доктор медицины Яков Пфейфер.³⁷

Первым стационарным медицинским учреждением в Хабаровске был военный лазарет на 14 коек при полевой команде первого разряда, учрежденный в 1867 г., заведовал им лекарь IV разряда. Лазарет принимал лишь тяжело больных и был постоянно переполнен. Персонал едва справлялся с наплывом больных. Не хватало не только белья и медикаментов, но даже обычных перевязочных материалов. В 1874 г. лазарет хотя и был преобразован в полугоспиталь, по-прежнему находился в плачевном состоянии, оставаясь единственным лечебным учреждением в городе.³⁸ В Амурской области первым медицинским учреждением стал бригадный военный лазарет на 100 мест в Благовещенске, который в 1880 г. был реорганизован в местный военный лазарет. В связи с тем, что в области не было других лечебных заведений, на него возложили медицинское обслуживание как казачьего населения, так и гражданского населения.³⁹

Инициатива создания первых медицинских учреждений на Сахалине исходила от представителей русской администрации и датируется мартом 1868 г. В переписке военного губернатора Приморской области за 1868–1869 гг. отмечалось, что на Сахалине постоянно находились два врача: М.М. Добротворский – в посту Муравьевском и М.К. Зражевский – в посту Дуэ. В случае экстренной необходимости на Сахалин командировались врачи Сибирского флотского экипажа или окружного военного лазарета Николаевска-на-Амуре. С конца 1860-х годов на Сахалине постоянно находились русские военные врачи, которым довелось стать по существу и организаторами первых медицинских учреждений – лазаретов и аптек, обслуживавших как военное, так и гражданское население.

При действовавшей упрощенной системе военно-полицейского управления Сахалином медицинская часть выполняла функции губернской Врачебной управы, а заведующий имел права врачебного инспектора. Одновременно он

³⁷ Востриков Л.А. Светя другим: очерки о врачах Сибири и Дальнего Востока XVIII–начала XX века. – Хабаровск, 1971. – С. 92–105.

³⁸ Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856–1968 гг.). Дисс... канд. мед. наук. – Томск, 1969. – С. 83–85.

³⁹ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Амурской области. – Хабаровск, 1967. – С. 7.

являлся старшим врачом Александровского лазарета. Штаты медицинских учреждений Сахалина согласно «Положению» от 15 мая 1884 г. предусматривали организацию трех окружных лазаретов, которые обслуживали 5 врачей, 12 фельдшеров и 2 акушерки. При населении Сахалина около 6 тыс. человек этого было вполне достаточно. Главная трудность заключалась лишь в оказании лечебной помощи в отдаленных поселениях, числе которых, постоянно увеличивалось по мере расширения ссылки.⁴⁰

Сельская и городская медицина. Первые шаги в медицинском обслуживании сельского населения на Дальнем Востоке были сделаны в начале 90-х гг. XIX в. Сельская врачебная часть в Российской империи к этому времени была передана в ведение Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Только в 1897 г. были утверждены медицинские штаты для Приамурского края, но и после этого, штатные места долгое время оставались вакантными, а фельдшерские должности занимали ротные фельдшеры.⁴¹ В 1908 г. в Амурской области с населением 79 тыс. чел. было всего 2 сельских больницы (в с. Александровске и в с. Ивановка) и 3 фельдшерских приемных покоя; в Приморской области – официально было 19 врачебных участков, фактически же многие участки по многу лет оставались совсем без врачей, или посещались соседними врачами периодически.⁴² В наиболее отдаленных от областных центров и труднодоступных районах Дальнего Востока медицинская помощь сельскому населению практически не оказывалась.

В Якутской области в начале XX в. учреждения медицинской службы были распределены весьма неравномерно. Так, в округах было: в Якутском – 5 участковых больниц по 10 коек каждая, в Вилюйском – окружная больница на 10 коек и одна участковая больница на 10 коек, в Олекминском, Верхоянском и Колымском – окружные больницы по 12 коек каждая. В городах (окружных центрах), включая и г. Якутск, проживало лишь 3,4 % населения. Местное население в основном было рассредоточено в наслегах. При этом, только в 6 (4,8 %) поселениях Якутского и Вилюйского округов, которые являлись улусными центрами, имелись лечебные учреждения, а в трех округах таковых не было вообще. Кроме участковых больниц, были еще лечебницы для больных сифилисом (от 7 до 12 коек). Окружные врачи, вакансии которых с трудом заполнялись на 1-2 года, в улусы и отдаленные наслеги выезжали только по судебно-медицинским обязанностям и при вспышках эпидемий.⁴³

⁴⁰ Мошенский А.А., Золотухин И.Л. Очерки истории здравоохранения Сахалинской области. – Владивосток: Дальнаука, 1995.

⁴¹ Виноградский С.В. Сельская медицина в Приморской области за 1911 г. // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 443–482; Короневский Л.А. К вопросу о постановке акушерской помощи сельскому населению Приморской области // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 225–232; Сомов О.И. Организация медицинской помощи и врачебно-санитарное дело в Иманском уезде // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 189–224.

⁴² Приамурье. Факты, цифры, наблюдения. Собраны на Дальнем Востоке сотрудниками общеземской организации. Приложение к отчету общеземской организации за 1908 г. – М., 1909. – С. 186–187.

⁴³ Николаев В.П. История здравоохранения Якутии в XX веке. Автореф. дисс... докт. мед. наук. – М., 2007. – С. 10–11.

В конце XIX в. на Дальнем Востоке стала развиваться городская медицина, действовавшая на началах всеобщей обязательности уплаты больничного сбора. Во Владивостоке больничный сбор был установлен в 1890 г., в Хабаровске и Благовещенске – в 1899 г., а затем и в других городах, за исключением Николаевска-на-Амуре. Многие предприниматели заключали договоры об обслуживании рабочих в городских лечебных заведениях, или принуждали рабочих платить больничный сбор. Во Владивостоке, Хабаровске, Благовещенске, Зее и других городах население платило больничный сбор (2 руб. в год с мужчины и 1 руб. с женщины) и лечились в городских больницах бесплатно.⁴⁴ Больничный сбор собирался и во время гражданской войны, оставаясь одним из основных источников ассигнования городской медицины.⁴⁵

В 1890 г. во Владивостоке была введена должность городского врача, в обязанности которого входило оказание бесплатной медицинской помощи неимущим жителям города. В 1893 г. во Владивостоке открылась городская больница. Первоначально она занимала 1 деревянное здание, имела 18 коек, в 1895 г. было построено второе здание (аптека и операционная). Первым главным врачом был Б.А. Перлин. В 1899 г. в городской больнице Владивостока было уже 3 здания на 48 коек. В 1902 г. был заложен больничный сад, в 1910 г. был сдан хирургический корпус, который сохранился до настоящего времени, в 1914 г. был построен терапевтический корпус, и общее число коек в больнице достигло 410.⁴⁶

Первым гражданским лечебным учреждением в Хабаровске была богадельня, организованная в 1890 г. для призрения немощных больных всякого звания и сословия. Наблюдение за ее содержанием и всеми хозяйственными нуждами возлагалось на смотрителя Хабаровского военного полугоспиталя. В 1894 г. появилась больница на 28 коек в одном из частных домов, не приспособленном для лечебного учреждения. Городская полуторазэтажная больница на 50 коек была построена и вступила в строй в 1897 г. (в настоящее время это помещение, конечно, полностью переоборудованное, занимает одно из отделений Перинатального центра).⁴⁷ Первым главным врачом больницы был назначен городской врач Любарский. Позднее обязанности главного врача исполнял врач Сабо, а с 1906 г. – доктор медицины Л.Ф. Пионтковский, проработавший на этой должности до 1929 года.

В Петропавловске-Камчатском первая городская амбулатория появилась только в 1902 г. когда были построены «двухэтажное деревянное здание, баня, сарай и анатомический покой». На первом этаже разместилась амбулатория и аптечный пункт, на втором вместо стационара — квартиры фельдшера, врача и

⁴⁴ Санитарное бюро Владивостокской городской управы (г. Владивосток, Приморской области). Врачебно-санитарный обзор. Выпуск VI. Август 1915. – Владивосток, 1915. – С. 2; Сборник обязательных постановлений Хабаровской Городской Думы с 1894 по 1913 год. – Хабаровск, 1913. – С. 16–19.

⁴⁵ Амурская жизнь. – 1919. – 25 нояб.

⁴⁶ От шаманского бубна до луча лазера (Очерки по истории медицины Приморья); часть 1. — Владивосток, 1997; Лохов В.А., Рольшиков И.М., Хальченко Е.А., Пономарев А.Ф. Краевая клиническая больница на рубеже веков // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2003. – № 2. – С. 93–98.

⁴⁷ Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856-1968 гг.). Дисс... канд. мед. наук. – Томск, 1969. – С. 93.

акушерки. Городская больница в Петропавловске была открыта в 1908 г., но не в специально построенном для нее здании, а за счет переоборудования под стационар помещения бани городской амбулатории.⁴⁸

Организация медицинской помощи на Дальнем Востоке в городах в начале XX в. была лучше, чем на селе. Так, Хабаровская городская больница была постоянно переполнена вследствие того, что пригородные крестьяне и рабочие из уездов приезжали в город, прописывали в полиции свои паспорта и затем, на основании выданных квитанций об уплате больничного сбора, требовали госпитализации. На этом основании городская дума постановила больнице обслуживать нужды исключительно городского населения.⁴⁹

В этом отношении Дальний Восток был полной противоположностью Европейской России, где земская медицина была намного лучше городской. Причем это касалось не только постановки дела и интенсивности работы медико-санитарных организаций, но и в относительных расходах на здравоохранение. Дальний Восток, как и Сибирь, оказался лишенным передовой для своего времени системы организации медицинской помощи сельскому населению – земской медицины. Немногочисленные сельские врачебные участки имели огромный радиус и были при этом неудовлетворительно оснащены.

Резкое отличие Амурской и Приморской областей в деле организации медицинской помощи даже от неземских губерний можно объяснить многочисленностью на Дальнем Востоке городского населения. Хотя преобладание сельского населения над городским на Дальнем Востоке по сравнению с Европейской России в 1904 г. было вчетверо меньше, но все же сельского населения в Приморской и Амурской областях было почти в три раза больше, чем городского. Расходы же на сельскую медицину в Приморской области вдвое, а в Амурской в пять раз меньше, чем на городскую.⁵⁰

Однако, затрачивая более или менее значительные средства на медицинские учреждения в течение многих лет, дальневосточные города не создали системы медицинских учреждений, отвечающей требованиям того времени и достаточно гибкой для изменчивых условий далекой окраины. Основной чертой всех городских мероприятий на Дальнем Востоке в деле организации медицинской помощи населению были бессистемность и случайность.⁵¹

Сеть медицинских учреждений министерств и ведомств. Единой системы здравоохранения в Российской империи не существовало, функции по охране здоровья выполняли многие министерства и ведомства. Малочисленная сеть медицинских учреждений на Дальнем Востоке, как и во всей России до 1917 г., была подчинена различным ведомствам и благотворительным обществам. В Европейской части России в организации медицинской помощи населе-

⁴⁸ Дьяченко Д.П. Первая больница Камчатской губернии (к 75-летию Петропавловск-Камчатской городской больницы № 1) // Советское здравоохранение. – 1984. – № 3. – С. 60–62.

⁴⁹ Известия Хабаровского городского общественного самоуправления. – 1913. – № 3.

⁵⁰ Приамурье. Факты, цифры, наблюдения. Собраны на Дальнем Востоке сотрудниками общеземской организации. Приложение к отчету общеземской организации за 1908 г. – М., 1909. – С. 190.

⁵¹ Приамурье. Факты, цифры, наблюдения. Собраны на Дальнем Востоке сотрудниками общеземской организации. Приложение к отчету общеземской организации за 1908 г. – М., 1909. – С. 190.

нию большую роль сыграли земства. На дальневосточные области земства, к сожалению, не распространялись.

Амурское и Уссурийское казачьи войска имели свою обособленную медицинскую организацию. В связи с тем, что в середине XIX в. в Амурской области кроме бригадного военного лазарета других лечебных заведений не было, на него первоначально возложили медицинское обслуживание казачьего населения. Затем при всех линейных батальонах и казармах функционировали приемные покои, рассчитанные на 4-6 коек, но во многих медицинских учреждениях штатные должности оставались вакантными.⁵² Возглавлял медицинскую службу Амурского казачьего войска Ф.Я. Бочкарев, которому были подчинены все участковые врачи.⁵³ Только в канун Первой Мировой войны на Дальнем Востоке удалось, наконец, укомплектовать медицинскую сеть казачьего округа врачами и фельдшерами.

По мере расширения переселенческого движения на Дальнем Востоке создавался ряд медицинских учреждений при участии переселенческих организаций. Так, в 1896 г. в Благовещенске была построена первая амбулатория для переселенцев, а для медицинского обслуживания переселенцев, прибывавших в Дальневосточный край через Владивосток, в 1885 г. в городе была построена больница на 40 коек. Благовещенскую переселенческую больницу в начале XX в. возглавлял И.Д. Прищепенко, в последующем – городской глава города, и эмигрировавший во время Гражданской войны в Харбин.⁵⁴ В связи с тем, что переселенцы зачастую являлись фактором распространения инфекционных болезней, в пунктах посадки и в пути следования переселенцев на Дальнем Востоке строили холерные бараки.⁵⁵

В 1900 г. в Хабаровске была сдана в эксплуатацию специальная больница на 15 коек для обслуживания переселенцев. В 1903 г. она имела 40 коек, а в 1909 г. – уже 80 (терапевтических – 40, хирургических – 16, инфекционных – 24)⁵⁶. Переселенческое ведомство считалось наиболее богатым на Дальнем Востоке, а переселенческие лечебные заведения – одними из лучших.

На водных путях Амурского бассейна до 1917 г. существовала обособленная врачебно-санитарная часть, организационная структура которой сложилась только к 1915 г., возглавил ее старший врач санитарного надзора А.В. Герман.⁵⁷ На протяжении от Сретенска до Николаевска-на-Амуре (т. е. на всей судоходной части Амура) было всего 4 участковых врача и 5 фельдшеров. Этот немногочисленный отряд медицинских работников должен был обеспечивать сани-

⁵² Тищенко В.Е. Краткие сведения о состоянии медицинского дела в Уссурийском казачьем войске // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 237-240.

⁵³ Исаков А.В. Развитие здравоохранения в Амурской области. – Хабаровск, 1967. – С. 9.

⁵⁴ ГАХК. Ф.830, оп.3, д.38997., л.1-7.

⁵⁵ Очерк развития медицинского дела в Приморском переселенческом районе // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 483-509.

⁵⁶ Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856-1968 гг.). Дисс... канд. мед. наук. – Томск, 1969. – С. 94.

⁵⁷ Исаков А.В. Развитие здравоохранения в Амурской области. – Хабаровск, 1967. – С. 17.

тарный надзор, амбулаторный прием больных, лабораторное исследование воды и многое другое.⁵⁸

В конце XIX века на Дальнем Востоке возникла медицинская служба железнодорожного транспорта. Появление ее связано со строительством в Приамурье железнодорожной магистрали. В 1891 г. Управление работами по постройке Уссурийской железной дороги организовало, наряду с другими службами, врачебную часть для санитарного надзора, медицинских консультаций и лечения заболевших железнодорожных служащих и рабочих. Для оказания медицинской помощи, а также медицинского освидетельствования лиц, связанных с движением поездов при приеме на работу, в 1909 г. на Уссурийской железной дороге функционировало 2 больницы (в Хабаровске и Никольске) и 8 приемных покоев на 90 коек с медицинским персоналом численностью 42 чел., из которых 12 – врачи.⁵⁹

В Амурской области медицинская служба железнодорожного транспорта возникла в 1910 г., когда началось строительство Амурской железнодорожной магистрали. На строительстве дороги работали исключительно русские рабочие по контракту и каторжане (иностранцы рабочие на строительство не допускались). Несмотря на все трудности организации медицинской службы в условиях тайги, она была поставлена здесь для того времени не плохо. Каждый отряд в 100 человек сопровождал фельдшер, а экспедиционный санитарный отряд возглавлял врач⁶⁰.

Отличительной особенностью дальневосточной медицины было тесное взаимодействие между различными ведомствами. В дореволюционной России организация медицинской помощи служащим входила в обязанности работодателей. Но создание большого количества амбулаторий и больниц в небольших предприятиях было достаточно затратным мероприятием. Так, работодатели, вместо организации собственных лечебных учреждений и приглашения медицинского персонала, заключали договоры с транспортными, переселенческими, казачьими и др. лечебными заведениями. В Амурской области, например, среди 44 обследованных промышленных предприятий только 2 имели своих врачей.⁶¹

Наиболее показательное состояние медицинской помощи на Дальнем Востоке до 1917 г. видно в материалах Высочайше утвержденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства (комиссии Г.Е. Рейна). Так, согласно данным этой комиссии общий уровень развития здравоохранения на Дальнем Востоке был одним из самых низких в Импе-

⁵⁸ Герман А.Б. Врачебно-санитарная организация на водных путях Амурского бассейна // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 135–160.

⁵⁹ Буркова В.Ф. Радением сподвижников живы // Дальневосточная магистраль России. – Хабаровск: Частная коллекция, 1997. – С. 58–61.

⁶⁰ Блюм А.И. Врачебно-санитарный обзор за 1914 г. – Хабаровск, 1915; Блюм А.И. Врачебно-санитарный отчет по постройке Восточной части Амурской железной дороги за 1912 г. – Хабаровск, 1913; Блюм А.И. Врачебно-санитарный отчет по постройке Восточной части Амурской железной дороги за 1913 г. – Хабаровск, 1914; Чечулин С.Д. Краткий санитарный обзор постройки средней части Амурской железной дороги и организация санитарного дела этой постройки // Материалы по изучению Приамурского края. Выпуск XX. Труды 1-го съезда врачей Приамурского края. 23-28 августа 1913 года в г. Хабаровске. – Хабаровск, 1914. – С. 241–249.

⁶¹ РГИА ДВ. Ф. р-1433, оп.1, д. 1, л.1-88.

рии (табл. 6, 7). Наиболее остро ощущалась нехватка стационарной медицинской помощи в сельской местности.

Таблица 6

Сведения об устройстве общедоступной врачебной помощи в сельской местности в дальневосточных областях в 1914 г.⁶²

Область	Население сельских жителей (тыс. сел.)	Плотность населения на кв. версту	Расчет врачебных участков	Количество участков по данным анкет
Амурская область	162,9	0,5	13	4
Забайкальская область	758,0	1,4	85	18
Камчатская область	35,9	0,3	4	5
Приморская область	382,6	0,6	42	18
Сахалинская область	12,7	0,4	2	-

На Дальнем Востоке часто цитировали в то время сатирическое стихотворение некоего чиновника, написанное «не для печати» после прибытия на Дальний Восток очередной партии переселенцев, но опубликованное в «Записках Приамурского отдела русского Географического общества», т. 4, 1895, с. 53:

«... Была там корь и скарлатина,
 Встречался даже дифтерит.
 Ну, что ж? Неделя карантина
 Болезни эти прекратит.
 А в жизни, смерти – бог волен!
 Ошибки тут со всех сторон,
 И наших есть среди них немало,
 Но нас нельзя в том упрекать –
 Мы не учились заселять.
 Но чтоб вина на нас не пала,
 Отчет начальству мы строчим:
 Усилим тут, а там смягчим,
 И в общем все благополучно:
 Народ болел – мы их лечили,
 Кто умер – тех похоронили;
 Процент какой-то. Мило, звучно!
 Везде видны плоды стараний,
 Во всем царит мораль одна:
 Страна почти заселена
 И ждет дальнейших предписаний.»⁶³

⁶² Материалы к вопросу об устройстве общедоступной врачебной помощи в Империи. Данные из анкет 1913 и 1914 гг. в сопоставлении с нормами Проекта подкомиссии и с данными из Отчета Главного Врачебного Инспектора за 1912 г. Т.6. – Спб., 1914.

⁶³ Цит. по: Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края (1856-1968 гг.). Дисс... канд. мед. наук. – Томск, 1969. – С. 79.

**Материалы к вопросу об устройстве общедоступной врачебной помощи в Империи.
Данные из анкет 1913 и 1914 гг. в сопоставлении с нормами Проекта подкомиссии и с данными из Отчета
Главного Врачебного Инспектора за 1912 г.⁶⁴**

Сельская местность

Территория	Участки		Койки		Врачи		Фельдшерско-акушерский персонал		Стационарных больных в год		Амбулаторных посещений в год	
	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией
Амурская область	4	13	45	356	4	15	8	45	266	8 566	161 950	244 350
Забайкальская область	18	85	80	1 667	18	85	56	255	915	40 144	299 116	1 137 000
Камчатская область	5	4	5	79	7	4	18	12	-	1 898	-	53 850
Приморская область	18	42	96	843	18	42	51	126	1 361	20 319	151 755	573 900
Сахалинская область	2	2	20	29	2	2	9	6	100	670	6 766	19 050

Города, посады и местечки

Территория	Участки		Койки		Врачи		Фельдшерско-акушерский персонал		Стационарных больных в год		Амбулаторных посещений в год	
	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией	существует	подсчитано комиссией
Амурская область			150	293	9	16	12	18	н.д.	7 069	н.д.	103 350
Забайкальская область			200	309	7	13	12	39	3 639	7 470	41 523	210 600
Камчатская область			-	6	-	1	-	3	-	162	-	4 200

⁶⁴ Материалы к вопросу об устройстве общедоступной врачебной помощи в Империи. Данные из анкет 1913 и 1914 гг. в сопоставлении с нормами Проекта подкомиссии и с данными из Отчета Главного Врачебного Инспектора за 1912 г. Т.6. – Спб., 1914; Труды Высочайше утвержденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. – Т.5. Приложение II к третьей записке об общих оснований устройства общедоступной врачебной помощи населению Империи. – Спб., 1914.

В этом стихотворении прослеживается характерный циничный подход к заселению Дальнего Востока и охране здоровья дальневосточников и переселенцев «сверху», без участия и инициативы снизу, самого населения. Следствием этого отношения стали как катастрофические показатели здоровья переселенцев (младенческая смертность до 400 на 1 000 родившихся⁶⁵), так и фаталистичное отношение к собственному здоровью населения и упование на помощь из центра, как единственный способ улучшить положение дел.

Из приведенных данных видно, что, несмотря на высокую интенсивность развития региона, на Дальнем Востоке в начале XX в. существовали неразвитость промышленного производства, распыленность населения по большой территории, низкая организация жителей, высокая степень миграции вследствие сезонности работ и большого количества иностранных рабочих. Все это не создавало социально-экономических предпосылок к хорошей организации медицинской помощи населению Дальнего Востока. Более того, эти причины оказывали свое негативное влияние еще в течение многих лет.⁶⁶

Здравоохранение далекой окраины Российской империи создавалась как третьестепенная по значимости отрасль, постоянно запаздывающая в своем развитии от развития региона. В сверхцентрализованной империи у малозаселенных отдаленных провинций, недавно вошедших в ее состав, не было условий для самостоятельного определения приоритетов социального развития. Разрушительные последствия Гражданской войны для медицинских учреждений Дальнего Востока были особенно чувствительны, так что перед новой властью встала задача создавать здравоохранения региона, конечно, не на пустом месте, но с минимальной имеющейся инфраструктурой.

Понятие «колониальная медицина» достаточно разработано в зарубежной научной литературе, где подчеркивается важность географического (пространственного) аспекта в понимании сущности болезней и здравоохранения, и до последнего времени рассматривалось как история тропической медицины и тропических болезней, или история военной и морской медицины за границами метрополий.⁶⁷ И наиболее часто с этих позиций изучается национальное здравоохранение стран Африки, Азии, Латинской и Южной Америки. В этом контексте не совсем уместно рассматривать историю здравоохранения Дальнего Востока, особенно XX века, как историю «колониальной медицины».

Что касается медицины фронта, то в Америке ее символами стали народные методы врачевания коренных народов, знахарство, малограмотные врачи, эпидемии инфекционных болезней, антисанитария, варварские методы лечения и гуманизм немногих образованных врачей.⁶⁸ В истории освоения Рос-

⁶⁵ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 22.

⁶⁶ Ратманов П.Э. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX века. Дисс... канд. мед. наук. – М., 2002. – С. 35; Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы. - Хабаровск, 2003.

⁶⁷ См. подр.: Anderson W. Postcolonial histories of medicine" // In: Medical History: The Stories and Their Meanings, Ed. John Harley Warner and Frank Huisman. – Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 2004. – P. 285–307.

⁶⁸ См. напр.: D. Dary Frontier Medicine: From the Atlantic to the Pacific, 1492-1941. – Vintage, 2009; Steele V. Bleed, Blister, And Purge: A History Of Medicine On The American Frontier. – Mountain Press, 2005; Bethard W. Lotions, Potions, and Deadly Elixirs: Frontier Medicine in America. – Taylor Trade, 2004.

сийского Дальнего Востока схожие картины мы встретим при описании сельской медицины, только вместо малограмотных врачей тут были «ротные фельдшеры». В городах и крупных поселениях, при администрации, всегда были образованные врачи (сначала военные и морские, позже – гражданские), а принципы организации медицинской помощи на Дальнем Востоке, несмотря на его специфику, почти полностью повторяли общеимперские.

2.2. Здравоохранение на Дальнем Востоке в 1918–1945 гг.

В 1917 году начался новый этап в жизни России. На местах стали создаваться параллельно: местные органы власти Временного правительства – комитеты общественной безопасности, а наряду с ними – Советы рабочих и крестьянских депутатов. С переходом власти к Советам повсеместно началась национализация частных лечебных заведений, общин Красного Креста. В Благовещенске были национализированы частная лечебница и больница общины Красного Креста, в Хабаровске и Владивостоке – все городские больницы. Народным достоянием был объявлен Кульдурский источник.

Здравоохранение в годы Гражданской войны (1918–1922 гг.) Однако процесс переустройства дальневосточного общества был прерван интервенцией, которая началась в Приморье с апреля 1918 года, а в Забайкалье – с августа 1918 года. Здравоохранение по существу было окончательно ликвидировано. Средства на существующую сеть медицинских учреждений практически не отпускались. Значительная часть врачей эмигрировала в соседний Китай, в города, где была большая доля русскоязычного населения – Харбин и Шанхай, а также в поселения на линии КВЖД.

Сложная международная и военно-политическая обстановка в начале 1920 г. привела Советское правительство к принятию политического маневра – временного отказа от восстановления советской власти в Забайкалье и на Дальнем Востоке и образования на этой территории Дальневосточной республики (ДВР). После неудачной попытки организации буферной республики во Владивостоке, вследствие выступления японских интервентов, Советским правительством было решено перенести центр по политическому объединению Дальнего Востока в Прибайкалье, где 6 апреля 1920 г. в г. Верхнеудинске⁶⁹ Учредительный съезд трудящихся Прибайкалья провозгласил образование Дальневосточной республики.⁷⁰

В «Декларации об образовании ДВР» говорилось, что дальневосточные области – Забайкальская, Амурская, Приморская, Сахалинская, Камчатская и полоса отчуждения Китайской Восточной железной дороги (КВЖД), вследствие их экономического и географического положения, большого протяжения их пограничной линии и отдаленности от центра Российской республики, объявляются независимой демократической Дальневосточной республикой.⁷¹

⁶⁹ Ныне Улан-Удэ.

⁷⁰ Сонин В.В. Становление Дальневосточной республики (1920-1922 гг.). – Владивосток, 1990. – С. 313.

⁷¹ Там же. – С. 75.

Несмотря на то, что ДВР создавалась под протекторатом Советской России, в республике были и буржуазные политические институты (например, Учредительное собрание, коалиционный Совет министров и др.).⁷² При формировании центральных органов государственной власти Дальневосточной республики принцип разделения властей не применялся. Местные органы ДВР, в отличие от РСФСР, не были чрезвычайными органами, т. к. они формировались на выборной основе. Другие звенья госаппарата Дальневосточной республики (армия, органы госбезопасности, госконтроль, милиция, народный суд) строились исключительно на советской основе.

К моменту образования ДВР весной 1920 г. власть Правительства республики распространялось только на Прибайкалье. В Чите в это время власть находилась в руках атамана Г.М. Семенова, в Амурской области – у советов, в Приморье – в руках Приморской земской управы.⁷³ Однако осенью 1920 г. политическая ситуация на Дальнем Востоке кардинально изменилась: в середине октября 1920 г. закончилась эвакуация японских войск из Забайкалья, 21 октября того же года были освобождены Чита и Хабаровск. В этих новых условиях создалась возможность завершить организацию Дальневосточной республики. Объединение областей Дальнего Востока в составе ДВР оформилось на конференции областных правительств, которая проходила в Чите с 28 октября по 12 ноября 1920 г.⁷⁴

С момента образования буферной Дальневосточной республики в апреле 1920 г., Правительство буфера выбрало курс на отделение социального обеспечения от единого государственного здравоохранения. Были организованы два самостоятельных министерства – здравоохранения и общественного призрения.⁷⁵ Министром здравоохранения ДВР был назначен известный большевик Ф.Н. Петров. Таким образом, первоначально в основу социальной политики ДВР был взят пример Советской России. После распространения суверенитета ДВР на территорию всего региона, постановлением Правительства ДВР от 11 ноября 1920 г. в ведение государства были изъяты все лечебные и фармацевтические учреждения⁷⁶, т. е. фактически была объявлена монополия государства на медицинскую помощь.

Сеть медицинских учреждений в ДВР, несмотря на все профилактические меры, в условиях хозяйственно-экономической разрухи непрерывно сокращалась. Многие больницы и амбулатории пришлось закрыть или передать на содержание страховых касс и хозяйственных организаций.

В 1921 году в республике функционировало 84 больницы на 3 000 коек, 228 амбулаторий, 194 фельдшерских пункта. Многие врачебные должности в лечебных учреждениях не были заняты. На одного врача приходилось 48 тыс. населения, а в сельской местности – 63 тысячи. Еще хуже обстояло дело с ро-

⁷² Сонин В.В. Государство и право Дальневосточной республики. – Владивосток, 1982. – С. 25.

⁷³ Авдеева Н.А. Дальневосточная народная республика (1920–1922 гг.). – Хабаровск, 1957. – С. 17.

⁷⁴ ГАХК. Ф. р-19, оп.1, д. 70, л.86-106; ГАХК. Ф. р-19, оп.1, д. 2, л.1.

⁷⁵ ГАХК. Ф. р-19, оп.1, д. 2, л.1.

⁷⁶ ГАХК. Ф. р-19, оп.1, д. 86, л.34.

довспоможением: на одну акушерку приходилось 35 тысяч женщин. Зубоврачебная помощь совершенно отсутствовала.

В мае 1921 года в связи с пересмотром финансовой политики Министерства здравоохранения ДВР поставило перед Министерством труда республики вопрос об оплате предпринимателями больничной и лекарственной помощи рабочим частных предприятий. В июне того же года Министерство здравоохранения ДВР отменило бесплатную медицинскую помощь в больницах; на местах вновь были введены больничные налоги на население. Оно было вынуждено также отменить бесплатную лекарственную помощь.

В 1 февраля 1922 г. в Дальневосточной республике функционировало 44 сельских больницы и 18 городских больниц на 1060 коек, в том числе 2 психиатрические на 150 коек, 140 заразных коек, 50 родильных, 100 хирургических и 10 глазных. В 1922 г. вновь было признано необходимым существование отдельного медицинского дела на транспорте. С 1914 г. за годы Первой мировой и Гражданской войн здравоохранение Российского Дальнего Востока потеряло большую часть медицинского персонала, коечный фонд сократился почти в 4 раза, сеть ведомственных лечебных учреждений превратилась в единичные островки медицинской помощи, сумевшие выжить в этих трудных условиях.

Восстановление дальневосточного здравоохранения в первые годы советской власти. С окончанием гражданской войны на Дальнем Востоке исчезла необходимость в существовании Дальневосточной республики. В конце 1922 г. появились условия для воссоединения Дальнего Востока с РСФСР. 14 ноября 1922 г. Народное Собрание ДВР постановило на всем российском Дальнем Востоке объявить власть советов. Особенности края вызвали к жизни создание здесь временного чрезвычайного органа власти – Дальневосточного революционного комитета (Дальревкома) и революционных комитетов на местах. 15 ноября 1922 г. постановлением ВЦИК РСФСР Дальневосточная республика была преобразована в Дальневосточную область РСФСР. Вся полнота власти в ней была передана Дальревкому.⁷⁷

Центром Дальневосточной области (ДВО) был сделан г. Хабаровск. В ДВО вошли Приамурская, Прибайкальская, Забайкальская, Амурская, Приморская и Камчатская губернии. В 1926 г. вместо ДВО был образован Дальневосточный край (ДВК), разделенный на следующие округа: Читинский, Сретенский, Амурский, Зейский, Хабаровский, Нижнеамурский, Владивостокский, Северо-Сахалинский и Камчатский. В 1938 г. Дальневосточный край как единое административно-территориальное образование был ликвидирован.

В годы гражданской войны дальневосточное хозяйство не испытало прессы военного коммунизма, здесь не было тотальной национализации и всеобщей трудовой повинности, и поэтому переход к советской власти в крае проходил постепенно. На Дальнем Востоке гражданская война закончилась в то время, когда новая экономическая политика в центре России показала первые положительные результаты. НЭП на Дальний Восток входила естественно, без крайних

⁷⁷ Отчет о работе Народного Собрания ДВР 2-го созыва. – Чита, 1923.

радикальных мер в экономике и политике, как это было в европейской части страны.

В деятельности органов здравоохранения Дальнего Востока первостепенное значение в начале 1920-х гг. приобрела работа по ликвидации разобщенности медико-санитарного дела, находившегося в ведении различных ведомств и страховых касс. Вновь начинается процесс реформирования здравоохранения. Национализируются аптеки, лечебные учреждения, образуется Дальневосточное курортное управление.

Одной из особенностей советской медицины того периода был классовый принцип. Он соблюдался во всех отраслях здравоохранения, его выражением являлась первоочередность для рабочих пользоваться лечебной помощью, в особенности квалифицированной лечебной помощью. Этот принцип стал выражаться все ярче и проводиться все более последовательно после окончания гражданской войны, с переходом к мирному строительству.

«Советская форма правления есть выражение диктатуры пролетариата, – объяснял Н.А. Семашко. – И, как все советское строительство проникнуто и не может быть не проникнуто классовым принципом, точно так же и строительство в деле здравоохранения проникнуто тем же классовым принципом. Обеспечение, в первую очередь, здоровья рабочих и трудящегося населения (застрахованных), обеспечение интересов трудового крестьянства (осуществление в области здравоохранения политики смычки с крестьянством) – таково основное направление в советской медицине».⁷⁸

Введение НЭПа (новой экономической политики) в Советской России вызвало значительные трудности с финансированием лечебных учреждений и очень скоро повлекло за собой организационные изменения в политике здравоохранения. Чтобы сохранить все лечебные учреждения, здравотделы передавали многие больницы на содержание промышленным предприятиям. Возобновилась частная медицинская практика, открывались частные лечебницы. В обществе началась острая дискуссия о возможном отказе от принципов бесплатности и общедоступности медицинской помощи и сохранения их лишь для застрахованных. Медицинскую помощь остальному населению предлагалось постепенно перевести на хозяйственный расчет.

В этом вопросе государственная власть Советской республики заняла жесткую идеологическую и политическую позицию, которая была публично декларирована уже на третьем Всероссийском съезде здравотделов (1921). Приверженность принципам единства советского здравоохранения, бесплатности и общедоступности медицинской помощи населению была однозначно подтверждена. К началу тридцатых годов фактически почти все элементы страховой медицины и частной медицинской практики были ликвидированы.⁷⁹

Таким образом, упрочение советской власти в России фактически сделало здравоохранение неотъемлемой частью политической и государственной сис-

⁷⁸ Цит. по: Здравоохранение России. XX век. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. – М., 2001. – С. 182.

⁷⁹ Здравоохранение России. XX век. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. – М., 2001. – С. 128–129.

темы. Политика здравоохранения была построена на таких фундаментальных принципах (государственный характер, общедоступность и бесплатность медицинской помощи, профилактическая направленность, научная обоснованность, участие населения в работе медицинских учреждений), которые на многие десятилетия определили стратегию и политику здравоохранения в деле охраны и укрепления здоровья.

Наркомздрав оказал большое влияние на развитие организации медицинской помощи на Дальневосточной области. Для руководства организацией советского здравоохранения сюда в январе 1923 г. был направлен в качестве уполномоченного коммунист, видный организатор здравоохранения Михаил Иванович Барсуков. Н. А. Семашко следующим образом характеризовал роль уполномоченного: «Управление такой далекой окраиной из Москвы очень трудно. Все сношения местных органов с Наркомздравом, как равно и последнего с первым, должны идти через уполномоченного. Финансирование местных органов в сметном порядке из общественных средств должно идти через уполномоченного... Одним словом, вся работа в деле строительства и организации здравоохранения... должна идти через него».⁸⁰

Приступая к исполнению обязанностей заведующего Дальздравом, М. И. Барсуков застал печальную картину. Медико-санитарное дело было раздроблено по различным ведомствам. На всю Дальневосточную область приходилось 349 врачей и 1059 лекарских помощников. Среди работников медико-санитарного дела насчитывалось всего 48 коммунистов⁸¹. При этом следует принять во внимание, что в соседней Маньчжурии, в середине 1920-х гг. в проживало до 250 русских врачей беженцев и эмигрантов⁸².

Ознакомившись с состоянием санитарно-медицинской сети, М.И. Барсуков сообщил Н.А. Семашко: «Местный бюджет чрезвычайно скуден, а край не имеет почти никакой санитарно-профилактической сети. Во всем крае нет ни одной детской консультации. Институт санврачей и санстатистики отсутствует. Противочумная организация слаба. Лечебная помощь в городах в руках коммунхозов, которые перевели ее на платность для всех слоев населения. На периферии лечебная сеть чрезвычайно скудна. Развито шаманство и знахарство. Медпомощь рабочему застрахованному населению – в руках страхкасс, которые упорно не передают страхвзносов, а открывают на них лечебницы и амбулатории, кустарничая и распыляя средства. На железных дорогах до сего времени ведомственная медицина... подчиненная начальникам дорог. Необходимо ваше энергичное содействие в смысле:

1. декретирования принятия на государственный бюджет всей сети санитарно-эпидемиологических и санитарно-профилактических мероприятий на Дальнем Востоке;

⁸⁰ Цит. по: Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 55.

⁸¹ Наш путь (Журнал Дальбюро ЦК РКП(б)). – 1922. – № 11. – С. 79.

⁸² Ратманов П.Э. Правовое положение русских врачей в Маньчжурии в 1920-е гг. // Россия на берегах Тихого океана: прошлое, настоящее и будущее: сборник научных трудов по материалам межрегиональной научной конференции (8-9 сентября 2009 г.) / под. ред. В.Н. Тимошенко. – Хабаровск, 2009. – С. 291–298.

2. *принятия на госбюджет администрации всего аппарата губ- и уездра-
вов;*
3. *предписания местным органам... обязательного, не менее 20 %, от-
числения от местных доходов на содержание лечебной сети;*
4. *изъятия лечебной помощи из рук страховых органов и передачи всех
страховзносом на медпомощь в органы НКЗ;*
5. *немедленного изъятия медико-санитарного дела на путях из органов
ИКПС и передачи его в руки НКЗ».*⁸³

В начале 1920-х гг. на Дальнем Востоке первые попытки введения единой советской системы здравоохранения, когда вся медицинская помощь населению находится в ведении региональных органов здравоохранения, потерпели неудачу. Основными причинами этого были: разруха в экономике, затянувшаяся гражданская война и слабость местной власти. Страховые же органы наибольших успехов в организации медицинской помощи застрахованным добились в крупных дальневосточных городах, а в сельской местности страховая медицина, как и государственная медицина, значительного развития не получила.

Таким образом, в это время на Дальнем Востоке была реализована модель организации медицинской и социальной помощи лицам наемного труда – модель социального страхования. Организация медицинской помощи застрахованным позволила обеспечить лояльность господствующего класса – пролетариата – к власти.

Однако, вместе с тем, был нарушен принцип общественной солидарности и распределения рисков. Рабочие и служащие на Дальнем Востоке в 1920-е гг. составляли около 10 % населения, а расходы на лечебную помощь этой категории граждан составляли 30-35 % всех расходов на здравоохранение в Дальневосточном крае. Следует также принимать во внимание тот факт, что уровень заболеваемости среди рабочих и служащих был гораздо ниже среднего по краю. Рабочие и служащие на Дальнем Востоке в 1920-е гг. оказались в более выгодном положении, чем другие категории населения.⁸⁴

С укреплением власти советов в конце 20-х гг., подъемом экономики и увеличением налоговых поступлений в бюджеты всех уровней доля страховых взносов в структуре расходов на здравоохранение постепенно сокращалась, уменьшались и льготы рабочего класса. Таким образом, в начале 30-х гг. на Дальнем Востоке медицинская помощь застрахованным прекратила свое существование.

Ели в начале 20-х гг. приоритетным направлением работы дальневосточных страховых касс была организация медицинской помощи застрахованным, то в конце 20-х и начале 30-х гг., с усилением роли отделов здравоохранения, страховые органы стали основное внимание уделять обеспечению застрахованных пособиями, врачебному контролю, курортной работе и капитальному

⁸³ Цит. по: Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 56.

⁸⁴ Ратманов П.Э. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX века. Дисс... канд. мед. наук. – М., 2002. – С. 114.

строительству. Борьба со страховыми кассами на Дальнем Востоке была отражением не умаления привилегий пролетариата, а стремлением централизовать финансовые потоки на здравоохранение.

В 1920-е гг. на Дальнем Востоке медицинское страхование было неотъемлемой частью советской «бюджетно-страховой» системы здравоохранения. За счет средств фондов медицинской помощи застрахованным была создана целая сеть медицинских учреждений, обслуживающих рабочих и служащих Дальневосточного края. После передачи лечебных заведений в органы здравоохранения страховые кассы на Дальнем Востоке активно участвовали в финансировании медицинской помощи, исходя из потребностей застрахованных в медицинской помощи, и следили за целевым использованием средств.

До середины 20-х гг. главное внимание в политике здравоохранения уделялось скорейшей ликвидации санитарно-гигиенических последствий гражданской войны и разрухи, восстановлению городской и сельской сетей медицинских учреждений⁸⁵, оздоровлению условий труда и быта населения, борьбе с эпидемическими и социальными болезнями. В стране снизилась заболеваемость паразитарными тифами и холерой, начала уменьшаться заболеваемость малярией.⁸⁶ Активно велась борьба с туберкулезом и венерическими болезнями; росло число противотуберкулезных санаториев и венерологических диспансеров.

К 1925 г. медицинская сеть Дальневосточной области была представлена 65 больницами на 2135 коек, 79 врачебными и 7 специальными амбулаториями, 4 зубными амбулаториями, 169 фельдшерскими пунктами, вендиспансером и лепрозориями. В Якутии, не входившей в то во время в Дальневосточную область, в 1923 г. работали 48 лечебных учреждений, в т. ч. 6 больниц и 28 фельдшерских амбулаторий, были впервые открыты 4 фельдшерских пункта с небольшими стационарами.⁸⁷

Однако, несмотря на значительные сдвиги, в области здравоохранения на Дальнем Востоке имелись и серьезные недостатки. Десять лет Советской власти, половина из которых пришлось на гражданскую войну и интервенцию, был слишком коротким сроком, чтобы покончить с разрухой, нищетой, безграмотностью, высокой заболеваемостью и смертностью населения. Инфекционная заболеваемость, хотя и снижалась, но была еще на довольно высоком уровне. Предстояло также многое сделать для охраны материнства и детства, особенно в сельской местности.⁸⁸

Положение с медицинскими кадрами в первые годы советской власти оставалось напряженным. Например, на 1 июля 1925 года в Якутии работали 28 врачей, 63 лекаря, 2 зубных врача, 4 фармацевта, 19 акушерок и 26 сестер милосердия. Было всего 245 больничных коек. На одного врача приходилось 10 тыс. больных, одна койка была рассчитана на 1143 человека. В связи с этим в

⁸⁵ Постановление Совнаркома РСФСР «Об обеспечении медицинской помощью сельского населения» от 30.06.1924 г.

⁸⁶ Постановление Совнаркома РСФСР «О мероприятиях по борьбе с малярией» от 12.05.1924 г.

⁸⁷ Николаев В.П. Указ. соч. – С. 12.

⁸⁸ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 62–64.

1923 году во Владивостоке открываются курсы переподготовки ротных лекарей, в 1924 – фельдшерская фармацевтическая школа.⁸⁹

Так, в 1926–1929 гг. в Дальневосточный краевой отдел здравоохранения на строительство больниц, капитальный ремонт и оборудование лечебных учреждений из Наркомздрава было получено 508 тыс. руб., кроме этого, на эти же цели из краевого фонда медицинской помощи застрахованным поступило 142 тыс. руб. За счет этих средств были построены много амбулатории, больницы, а также жилые дома для медперсонала.⁹⁰

Вместе с тем, при росте за два года коечного фонда на 20,3 % даже в крупных городах одна койка приходилась на 230 человек населения. Медицинские учреждения были хронически переполнены, отсутствовали специализированные неврологические, офтальмологические, педиатрические койки, остро не хватало коек для инфекционных больных. Не была налажена транспортировка больных, не было помещений для размещения больных, прибывших из сельской местности.⁹¹

Дальневосточное здравоохранение в 1930-х и начале 1940-х гг. В начале 1930-х гг. в СССР самым существенным образом были пересмотрены формы организации медицинской помощи трудящимся и разработаны новые методы работы лечебно-профилактических учреждений, прежде всего, дифференцированный подход к организации медицинской помощи различным группам населения. Приоритетами политики здравоохранения стали преимущественное развитие системы медицинского обслуживания промышленных рабочих и работников колхозов и совхозов на селе⁹²; повышение санитарной культуры населения; улучшение лечебно-профилактической помощи и санитарно-гигиенического обеспечения крупных промышленных центров; расширение сети медицинских учреждений в сельской местности.⁹³

В это десятилетие темпы больничного строительства в Дальневосточном крае заметно усилились. Сформировался комплекс лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений по оказанию квалифицированной медицинской помощи населению. Большое значение для развития экономики края, в том числе медицины и здравоохранения имело строительство Комсомольска-на-Амуре. В составе передового отряда строителей города Юности были три женщины, радистка В. И. Золотухина, медсестра А.С. Жукова и машинистка Г.Я. Кузина. Первым главным врачом больницы Комсомольска-на-Амуре на 3 койки был Коста Стоянов.⁹⁴

К концу 1932 года одним из первых медицинских сооружений были 4 барака в районе реки Силинки, в которых была развернута больница. Необходимо было и медицинское обеспечение, для чего, как сообщают архивные докумен-

⁸⁹ Ратманов П.Э. Когда раздвигались границы России ... // Здравоохранение Дальневосточного федерального округа: Справ.-инфор. изд. / Сост. и общ. ред. В. Клышников. – Хабаровск, 2007. – С. 12.

⁹⁰ Чаликов М.П. Профсоюзы Хабаровского края: Очерки истории. – Хабаровск, 2000. – С. 143.

⁹¹ Чаликов М.П. Указ. соч. – С. 143.

⁹² Постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18.12.1929 г.

⁹³ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 130–131.

⁹⁴ Дьяченко В.Г., Горлач О.А. Здравоохранение Техноэкополиса Комсомольск-Амурск-Солнечный. Настоящее и будущее. – Комсомольск-на-Амуре, 2003. – С. 124.

ты, в марте 1932 года был сформирован первый отряд из двух врачей (хирурга и терапевта), двух фельдшеров и пяти медицинских сестер.

Скоро население будущего города возросло до 24 000 человек. Коечная сеть больницы увеличилась до 60 коек. Уже к 1939 году в городе было 4 больницы, 2 поликлиники, 6 врачебных амбулаторий, 10 здравпунктов, работало 76 врачей и 120 средних медработников.⁹⁵ В 1940 г. коечная сеть Комсомольска увеличилась до 665 коек, были сформированы службы: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, инфекционная. Врачей к этому году числилось 155 человек.⁹⁶

На этот же период приходится начало интенсивного освоения Колымского края. В июне 1929 г. на берегу бухты Нагаева началось строительство Восточно-Эвенской культбазы, а 5 сентября туда же приехал медицинский персонал: врач Виктор Александрович Лупандин, фельдшер Семен Лаврович Сафонов и фельдшер-акушер Виктория Александровна Рязанова. В 1932 г. первая группа строителей начала строительство дороги в тайгу. В том же году началось большое строительство на берегу бухты Нагаева: сооружались портовые причалы. Работы велись быстрым темпом, и через год, в ноябре 1933 г., первый пароход, пришедший из Владивостока, швартовался уже к пирсам нового морского порта. В 1932 году медицинские работники культбазы были переданы в Дальстрой. Первым начальником санитарного управления Дальстроя был назначен Я.Я. Пуллериц.

«Вся работа в первом полугодии 1932 года, – отмечалось в отчете Дальстроя, – была сосредоточена на организации медпомощи вольнонаемным рабочим и служащим. Заключенных в первом полугодии, т. е. до открытия навигации, было всего 150 человек, и обслуживание медпомощью производилось в тех же лечебных учреждениях. Нагаевская больница бывшей культбазы, рассчитанная по своей кубатуре всего лишь на десять коек, вмещала до пятидесяти и более. В течение первого полугодия она была расширена путем постройки нового барака, а также оборудована и расширена амбулатория. Были организованы специальные кабинеты со специальными приемами... Прииски обслуживались двумя врачами и двумя лекпомами... Для обслуживания лагерей были открыты специальные больницы и амбулатории».⁹⁷

Согласно «Сведениям о лечебной сети и медицинском персонале для обслуживания лагерного населения по состоянию на 31 декабря 1932 года», Дальстрой имел в этом плане несколько больниц с общим количеством больничных коек – 601. На территории от Нагаево до Хеты заключенных принимали 20 фельдшерских пунктов, 1 амбулатория, 1 аптека, 1 зубной кабинет. Их обслуживали 4 врача, 27 фельдшеров (5 – в Нагаево и 10 – в Магадане), 1 зубной врач, 2 аптечных работника. Через год в санитарном управлении Дальстроя было уже 7 врачей и 10 фельдшеров, открылось 10 медицинских пунктов. Так как

⁹⁵ Ратманов П.Э. Когда раздвигались границы России ... // Здоровоохранение Дальневосточного федерального округа: Справ.-инфор. изд. / Сост. и общ. ред. В. Клышников. – Хабаровск, 2007. – С. 6–13.

⁹⁶ Дьяченко В.Г., Горлач О.А. Здоровоохранение Техноэкополиса Комсомольск–Амурск–Солнечный. Настоящее и будущее. – Комсомольск-на-Амуре, 2003. – С. 125.

⁹⁷ Цит. по: Козлов А.Г. Из истории здравоохранения Колымы и Чукотки (1864–1941 гг.). – Магадан, 1989.

основной рабочей силой Дальстроя были заключенные, то его санитарному управлению пришлось организовывать в лагерях своеобразную медицинскую сеть. На территории Колымы при больших лагерных подразделениях возникали так называемые санитарные части, в которых работали опытные врачи. В качестве обслуживающего медперсонала использовались и заключенные.⁹⁸

Так как основной рабочей силой Дальстроя были заключенные, то Санитарному управлению пришлось и здесь организовывать своеобразную медицинскую сеть. На территории Колымы при больших лагерных подразделениях возникли так называемые санитарные части, в которых работали опытные врачи. В качестве обслуживающего медперсонала использовались и заключенные.⁹⁹

Вспоминая вольнонаемных специалистов Колымского края, нельзя не сказать о тех их коллегах, которые были оклеветаны, репрессированы и оказались в колымских лагерях. Большинство из них также выполняли свой врачебный долг, делая все возможное и невозможное, спасая жизнь другим. Пройдя с 30-х гг. колымские лагеря, они выжили, а затем принимали активное участие в создании медицинской службы Колымы.¹⁰⁰

Создание союзно-республиканского Наркомздрава (1936) на порядок усилило централизацию прямого государственного руководства политикой здравоохранения в стране и установило единую государственную систему оказания медицинской помощи. Первым Наркомом здравоохранения СССР был назначен Г.Н. Каминский. В ведение Наркомздрава СССР были переданы крупнейшие высшие медицинские учебные заведения и институты усовершенствования врачей, предприятия фармацевтической и медицинской промышленности, курорты, научно-исследовательские институты, лечебно-профилактические и санитарно-противоэпидемические учреждения. Планирование здравоохранения на общесоюзном уровне обрело черты сложившейся жестко структурированной системы, значительное развитие и упорядочение получило санитарное законодательство, особенно, в разработке общих положений, нормативов и методических рекомендаций о деятельности лечебных и санитарно-противоэпидемических учреждений. Были введены единые формы и методы санитарно-статистического учета и отчетности, унифицированы нормативы деятельности медицинских и санитарных учреждений.¹⁰¹

На селе возросло количество сельских врачебных участков, увеличилось число коек и медицинских учреждений. В целях приближения врачебной помощи к сельскому населению дополнительно были выделены из общесоюзного бюджета значительные средства на расширение и оборудование сети сельских медицинских учреждений.¹⁰² Улучшились материально-бытовые условия участковых врачей, проводились мероприятия по повышению их квалификации,

⁹⁸ Там же.

⁹⁹ Здравоохранение Колымы / Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Зайнутдинов С.А., Никитина С.А., Муромцев Ю.И. – Магадан, 2004. – С. 36.

¹⁰⁰ Здравоохранение Колымы / Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б., Зайнутдинов С.А., Никитина С.А., Муромцев Ю.И. – Магадан, 2004. – С. 41.

¹⁰¹ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 130.

¹⁰² Постановление Совнаркома СССР «Об укреплении сельского врачебного участка» от 23.04.1938 г.

расширялась сеть стационарных и поликлинических учреждений по охране материнства и детства. К концу тридцатых годов в нашей стране одним из базовых принципов стратегии и текущей политики здравоохранения стал участково-территориальный принцип оказания внебольничной медицинской помощи. Упорядочились структура и функции каждого типа учреждения внебольничной помощи, были уточнены обязанности медицинских работников всех категорий.¹⁰³

Большое значение для закрепления руководящих кадров здравоохранения имел тот факт, что в 1939 году было запрещено районным, городским исполнительным комитетам и советам народных комиссаров автономных республик назначать, переводить и увольнять такого типа работников без согласия Наркомздрава. С точки зрения развития единой советской системы здравоохранения, это постановление сыграло важную роль. Если до того, как оно было принято, на руководящих должностях здравоохранения работали почти исключительно фельдшеры, то уже к концу 1940 г. заведующими горздравотделами и некоторыми райздравотделами стали врачи.¹⁰⁴

Накануне Великой отечественной войны здравоохранение Дальневосточного края имело широко развитую медицинскую сеть. В лечебно-профилактических учреждениях было развернуто 16 200 коек, обеспеченность больничными койками составляла 47,8 на 10 тыс. населения, когда как по РСФСР это показатель равнялся 43,3. В Хабаровской, Приморской и Сахалинской областях показатель обеспеченности койками достиг 50,7-56,6 на 10 тыс. населения. В лечебно-профилактических учреждениях края работало 3 150 врачей, обеспеченность врачебными кадрами составляла 9,3 на 10 тыс. населения. Работников среднего медицинского звена было 8 300 или 24,6 на каждые 10 тыс. населения. За 1926–1939 годы количество врачей в крае увеличилось в 9 раз, в то время как по СССР только в 2,3 раза.¹⁰⁵

Значительный рост абсолютных показателей числа коек и врачей в большей мере отражал рост населения региона. Приоритетным направлением развития государства в те годы была стремительная индустриализация. Советское государство использовало транспортную инфраструктуру, построенную еще в Российской империи, и воплощало в жизнь проекты, разработанные еще при старом режиме. И привлеченные из Европейской части России медики (не всегда добровольно) работали, как правило, на крупных промышленных предприятиях.

В межвоенный период дальневосточное здравоохранение по-прежнему находилось на крайне периферийном по отношению центру страны положении. Тем не менее, советскому государству удалось менее чем за 2 десятилетия восстановить и развить инфраструктуру дальневосточного здравоохранения. Ключевым моментом в определении развития дальневосточного здравоохранения в первые годы советской власти было соотношение централизация–

¹⁰³ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 133.

¹⁰⁴ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 77–78.

¹⁰⁵ Там же. – С. 77.

децентрализация в руководстве отрасли. После 4 лет Гражданской войны в регионе был наработан успешный опыт работы децентрализованных страховых касс, соответствовавших духу приоритетного медицинского обслуживания пролетариата, но противоречивших идеологии централизованного государственного здравоохранения Н.А. Семашко. Победу в этом противостоянии одержал Наркомздрав. Руководство здравоохранением региона еще несколько осуществлялось на уровне Дальревкома (позднее Далькрайисполкома), но баланс интересов окончательно перешел в сторону центра. После разделения Дальневосточного края в 1938 г. на несколько областей руководство местным здравоохранением стало осуществляться напрямую из Москвы.

В СССР формирование здравоохранения как единого, государственного и бесплатного без достаточных ресурсов не способствовало тому интенсивному строительству новой советской медицины, которая была объявлена, как единственная отвечающая идеалам социализма. С началом индустриализации и коллективизации сфера социальной политики была поставлена на второй план, а вместе с ней и здравоохранение, по отношению к которому все в большей степени стал проявляться остаточный принцип финансирования. С этого периода началось преимущественно интенсивное развитие здравоохранения – расширение материально-технической базы, подготовка большого числа медицинских работников, что при недостаточности ресурсов и остаточном принципе финансирования приводило к неудовлетворительному обеспечению медицинских учреждений оборудованием, медикаментами, дефектам в качестве медицинской помощи. В целом, накануне войны, несмотря на большие просчеты, масштабные репрессии, была построена государственная система здравоохранения в соответствии с принципами, провозглашенными еще на заре советской власти.¹⁰⁶

В годы Великой Отечественной войны (1941–1945) политика здравоохранения на фронте и в тылу была оперативно переориентирована на условия ведения военных действий. В эти годы перед органами здравоохранения встают задачи по формированию эвакогоспиталей, обслуживанию рабочих промышленных предприятий, организации противоэпидемических мероприятий. Большую работу проводили сотрудники Хабаровского мединститута по оказанию квалифицированной и специализированной медицинской помощи в эвакогоспиталях и гражданских больницах. В 1942 г. коечная сеть в крае по сравнению с довоенным увеличилась на 742 койки. В 1940 г. в крае было 285 амбулаторно-поликлинических учреждений, в 1942 г. их число увеличилось до 317. В годы войны внедряются новые принципы лечения, реабилитации, расширяется сеть врачебных и фельдшерских пунктов.

В годы Великой Отечественной войны политика здравоохранения на фронте и в тылу была оперативно переориентирована на условия ведения военных действий. Возвращение в строй свыше 72 % раненых и 90 % больных, низкая летальность среди раненых, предотвращение эпидемий в действующей ар-

¹⁰⁶ Лисицын Ю.П. История медицины: учебник. – М., 2008. – С. 207, 209.

мии – таковы объективно впечатляющие итоги деятельности советского военного здравоохранения.¹⁰⁷

2.3. Дальневосточное здравоохранение во второй половине XX века

Развитие здравоохранения в 1940–1960-е гг.: послевоенный оптимизм.

Послевоенный период развития политики отечественного здравоохранения поначалу характеризовался сосредоточением внимания на ликвидации последствий войны. Из-за высокой степени централизации управления советским здравоохранением вертикальные связи (с центром в Москве) в отрасли стали намного сильнее горизонтальных связей между регионами, а общее направление развития дальневосточного здравоохранения мало отличалось от такового в остальных регионах СССР.

Отдельно несколько слов необходимо сказать о послевоенном здравоохранении острова Сахалин. После освобождения Южного Сахалина от Японских милитаристов в сентябре 1945 г. при военном совете 2-го Дальневосточного фронта было создано областное управление по гражданским делам.¹⁰⁸ Одной из задач новой администрации стала реорганизация системы здравоохранения острова. Передача японских лечебных учреждений в ведение советских органов здравоохранения началась с 1 января 1946 г. и проходила в основном в два этапа. В январе 1946 г. Южно-Сахалинский облздравотдел принял на свой баланс 5 японских больниц на 310 коек, содержавшихся ранее за счет бюджета губернаторства Карафуто; с апреля 1946 г. в ведение областного и районных отделов здравоохранения перешло еще 18 больниц на 360 коек, ранее принадлежавших частным японским фирмам и компаниям, главным образом в отраслях бумажной и угольной промышленности. По указанию Министерства здравоохранения СССР на 1946 г. в Южно-Сахалинской области сохранилась частная медицинская сеть – 30 больниц на 360 коек и 40 амбулаторий.¹⁰⁹

В это период в Южно-Сахалинской области работало только 62 советских врача и 92 средних медицинских работника. Основными кадрами работников лечебных учреждений (больниц, амбулаторий, здравпунктов и др.) являлись японские специалисты. В частности, из главных врачей 28 действующих больниц 23 были японцами, из 38 заведующих поликлиниками и амбулаториями – 25 японцев.¹¹⁰ Постепенно система здравоохранения острова была приведена в соответствие с общегосударственными принципами.

Отсутствие медицинских учреждений для советских граждан не могли восполнить военные госпитали, поэтому переселенцы обращались за помощью в японские больницы, где для них выделялись специальные койки или отдельные палаты, находившиеся под наблюдением советских врачей.

¹⁰⁷ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 134.

¹⁰⁸ Шабалова Н.А. Записки врача. – Южно-Сахалинск, 2002. – С. 4.

¹⁰⁹ Мошенский А.А., Золотухин И.Л. Очерки истории здравоохранения Сахалинской области. – Владивосток, 1995.

¹¹⁰ Там же.

После окончания Второй мировой войны большое внимание было приковано к восстановлению медицинских учреждений, их расширению и обеспечению кадрами, одновременно добивались всеобщей доступности медицинского обслуживания. Так возникла система, где каждый район, исходя из государственных нормативов, должен был обеспечить население определенным числом санитарно-эпидемиологических станций, больниц, поликлиник и специализированных лечебных учреждений.¹¹¹

В конце 40-х гг. под руководством министра здравоохранения СССР Е.И. Смирнова, было проведено объединение больниц с амбулаторно-поликлиническими учреждениями в единый лечебно-профилактический комплекс. Ожидалось, что тем самым будет обеспечена преемственность в оказании медицинской помощи.

Эта реформа, несомненно, повысила качество медицинского обслуживания городского населения. За годы реформы значительно повысилась квалификация врачей больниц и поликлиник, что позволило улучшить медицинское обслуживание, особенно диагностику заболеваний. Например, резко снизилось число так называемых «симптоматических» диагнозов.¹¹²

Укрепились материальная и техническая база, частично улучшились показатели деятельности больниц. Однако конечные результаты оказались далеки от ожидаемых и существенно усилить городскую внебольничную медицинскую помощь оказалось невозможным. Это было связано с тем, что в ходе объединения больниц с поликлиниками был допущен ряд стратегических и организационных просчетов. Все же надлежащим образом организованное объединение больниц с поликлиниками в конечном счете способствовало повышению качества оказания внебольничной помощи, лучшему использованию ресурсов больничных учреждений, преемственности внебольничной и стационарной помощи и повышению квалификации врачей, работающих в амбулаториях и поликлиниках. Получила развитие сеть областных больниц, в городах начало расширяться строительство крупных больниц.¹¹³

К началу 60-х гг. политика здравоохранения вновь претерпела изменения. Начался процесс переориентации на развитие специализированной медицинской помощи.¹¹⁴ Для обеспечения населения высококвалифицированной специализированной медицинской помощью в городах началось строительство крупных больниц мощностью не менее 300-400 коек, а в больших городах – на 600 и более коек. На селе началось укрупнение сельских районных больниц до 200 и более коек с одновременным обеспечением их современным медицинским оборудованием. Строительство сельских участковых больниц менее чем на 35 коек было прекращено.¹¹⁵ Еще одним из первоочередных направлений политики здравоохранения тех лет явилось развитие больниц скорой помощи.

¹¹¹ Tragakes, E. and Lessof, S. Health care systems in transition: Russian Federation. / Ed. Tragakes E. – Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003. – P. 24–26.

¹¹² Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 239.

¹¹³ Там же. – М., 2001. – С. 135–136.

¹¹⁴ Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР»

¹¹⁵ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 136.

Одним из серьезных последствий реализации новой политики здравоохранения явился рост количества коек и числа врачей.

В 60-е гг. в амбулаторно-поликлиническом звене появились новые рациональные формы работы. К ним относятся бригадный метод работы врачей поликлиник, закрепление отдельного регистратора за бригадой врачей, диспетчерские столы, кабинеты доврачебного приема, смотровые кабинеты. Были созданы школы передового опыта на базе лучших поликлиник. В практике стали шире применяться современные диагностические исследования – биохимические, исследования чувствительности к антибиотикам, пиелография, цистография, томография, холецистография, цитологические исследования, новые методы функциональной диагностики и др. В лечении больных наряду с антибиотиками широкое применение нашли антикоагулянты, гормональные препараты, кровезаменители, фибринолизин и другие лекарственные средства. Создание в Ленинграде, Москве и других крупных городах страны так называемых тромбоземболических бригад способствовало раннему выявлению на дому и более качественному оказанию лечебной помощи больным с инфарктом миокарда.¹¹⁶ Внедрение новых методов диагностики и лечения проходило в стране поэтапно в направлении с запада на восток.

Новые медицинские технологии внедрялись и на Дальнем Востоке. В конце 1960-х гг. в Хабаровске и Благовещенске созданы крупные центры по сердечно-сосудистой хирургии. Организация специализированной медицинской помощи сопровождалась внедрением новых методов диагностики и лечения. В 1970-е гг. в ряде областных и краевых центров Сибири и Дальнего Востока стали применяться реография, сфигмография, аортография, гастрофиброскопия, скенирование различных органов, маммография, фонография, осциллография, томография, определение основного обмена веществ, внешнего дыхания, многие сложные биохимические исследования, люминесцентная методика оценки кровоснабжения конечностей, иммуно-флюоресцентные методы исследования почек, бактериологическая диагностика первичного пиелонефрита, пневмотахометрия, обследования в радиоизотопных лабораториях.¹¹⁷

Принимая во внимание достижения дальневосточного здравоохранения, следует отметить, что процесс внедрения передовых медицинских технологий в этом отдаленном от столиц регионе растягивался на годы, а то и на десятилетия. К примеру, в некоторых регионах Дальнего Востока тромболитическая терапия вошла в рутинную практику только в начале XXI века, намного позже после начала ее использования в Москве и Ленинграде.

В конце 1960-х гг. министр здравоохранения Б.В. Петровский считал, что крайне важно было улучшить техническое оснащение поликлиник, превратив их в настоящие диагностические центры. Вместе с тем, следовало расширять лечебные функции поликлиник, прежде всего, за счет применения физических методов лечения. Следовало укрепить участковую службу, решительно покон-

¹¹⁶ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 270.

¹¹⁷ Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. / Под ред. В.В. Трофимова. – М., 1979. – С. 55.

чить с практикой замещения должностей участковых терапевтов и педиатров средним медицинским персоналом, полностью укомплектовать эти должности квалифицированными специалистами. Должны были быть созданы все условия для работы участковых врачей, приняты меры для обеспечения их транспортом, портативным диагностическим оборудованием и специальными наборами средств для экстренной терапии.

За десятилетие реализации этой политики здравоохранения (1961–1971) вырисовывается следующая картина. Число больничных коек в этот период увеличилось на 20 %, врачей – на 20,6 %, средних медработников – на 25 %. Произошло укрупнение городских и сельских больниц. За десятилетие число областных больниц, имеющих свыше 600 коек, увеличилось почти втрое, городских больниц, имеющих более 200 коек, соответственно вдвое. Во многих городах были построены крупные больницы скорой помощи. Укрепилась сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, повысился уровень внебольничной медицинской помощи, расширился охват населения диспансерным наблюдением.¹¹⁸

Здравоохранение Дальнего Востока России в 1970-е гг.: пик развития или начало кризиса? Политика здравоохранения семидесятых годов характеризовалась, главным образом, нарастанием процессов углубления специализации медицинской помощи. Приоритет был отдан строительству крупных многопрофильных и узкоспециализированных больниц и укрупнению городских и сельских больниц. Продолжалось строительство крупных многопрофильных и специализированных больниц уже на 1 000 и более коек, а к концу семидесятых годов десятки таких больниц находились в стадии незавершенного строительства.

Дальнейшее развитие получили специализированные виды медицинской помощи. В стране начала развиваться широкая сеть специализированных центров и отделений – кардиологии, онкологии, сосудистой хирургии, реанимации, пульмонологии, эндокринологии, аллергологии, гематологии, гастроэнтерологии, урологии. В сельской местности для приближения врачебной амбулаторной помощи к населению, акцент был сделан на развитии системы врачебных амбулаторий, поликлиник и специализированных медицинских кабинетов. Значительно окрепли поликлиники при центральных районных больницах. Начали организовываться межрайонные специализированные отделения.¹¹⁹

После Второй мировой войны Дальний Восток стал краем новостроек. Здесь появились новые социалистические города: Лучегорск, Солнечный, Светлый, Амурск; корпуса первоклассных комбинатов, заводов, фабрик; новые колхозы и совхозы. Вновь был создан порт Находка, возведен Хабаровский завод «Энергомаш». На крайнем Севере – на Чукотке – вошла в строй атомная электростанция. Около города Зея строилась громада плотины, поднялись новые фабрики горно-обогатительных комбинатов Приморья, Приамурья, северо-

¹¹⁸ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 138.

¹¹⁹ Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» от 22 сентября 1977 г.

востока России, между материком и островом Сахалином была создана паромная переправа, а Байкало-Амурская магистраль была названа «стройкой века».¹²⁰

В связи с быстрым экономическим развитием восточных районов страны, сеть стационарных учреждений в них развивалась быстрыми темпами по сравнению с Европейской частью Российской Федерации. Об этом говорит тот факт, что уже к 1965 г. средний показатель обеспеченности населения больничными койками на Дальнем Востоке составлял 120,7 в пересчете на 10 000 населения против 95,6 в Европейской части. К 1970 г. эти показатели соответственно были 133,0 и 109,6, а еще через 5 лет – 137,5 и 120,2. В 1977 г. показатель обеспеченности больничными койками на Дальнем Востоке достиг 134,7, а в Европейской части Российской Федерации — лишь 123,2. Таким образом, к концу 1970-х гг. обеспеченность больничными койками населения в дальневосточных территориях страны была на 15 коек выше на каждые 10 000 населения по сравнению с Европейской частью страны (табл. 8).

Таблица 8

Рост числа больничных коек в медицинских учреждениях, построенных государственными и кооперативными предприятиями и организациями (без колхозов) за период с 1971 по 1977 гг.¹²¹

Территория	1966–1970 гг.	1971–1975 гг.	1976 г.	1977 г.
РСФСР	151 901	188 881	33 035	29 322
Западно-Сибирский район	16 829	18 172	3 693	2 248
Восточно-Сибирский район	10 204	9 799	2 360	1 195
Дальневосточный район	10 173	9 276	2 165	1 502
Приморский край	2 847	2 352	495	1 010
Хабаровский край	1 185	1 940	915	135
Амурская область	2 324	1206	140	-
Камчатская область	570	682	215	87
Магаданская область	756	1 126	70	100
Сахалинская область	923	1 225	170	145
Якутская АССР	1 568	745	160	25

О все возрастающем числе больничных коек за счет строительства новых медицинских учреждений государственными и кооперативными предприятиями и организациями свидетельствуют данные, приведенные в табл. 9.

Из нее видно, что основная часть больничных мощностей была введена в строй в конце 1960-х и начале 1970-х гг., после 1977 г. на Дальнем Востоке были построены только несколько 1000-кочных больниц, а в 1980-е гг. темпы строительства лечебных учреждений замедлились еще сильнее. Так, современ-

¹²⁰ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 16.

¹²¹ Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. / Под ред. В.В. Трофимова. – М., 1979. – С. 18.

ная исследовательница истории здравоохранения Камчатки отмечает, что в 1960–1980-е гг. несмотря на предпринимаемые усилия органов управления в предоставлении все большему числу людей специализированной помощи, развитие сети медицинских учреждений Камчатской области не успевало за ростом численности населения.¹²²

Таблица 9

Обеспеченность населения восточных районов СССР больничными койками за период с 1965 по 1977 гг. (на 10 000 населения)¹²³

Территория	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1977 г.
РСФСР	97,6	112,4	122,5	125,6
Европейская часть	95,6	109,6	120,2	123,2
Западно-Сибирский район	103,0	123,1	131,2	135,1
Восточно-Сибирский район	99,6	118,3	127,1	130,6
Дальневосточный район	120,7	133,0	137,5	138,4
Приморский край	99,9	114,4	119,7	119,1
Хабаровский край	122,4	131,1	133,6	138,3
Амурская область	113,8	122,8	131,3	131,3
Камчатская область	126,2	135,8	142,5	144,3
Магаданская область	150,4	167,5	166,6	167,6
Сахалинская область	147,6	163,7	167,5	169,4
Якутская АССР	135,8	149,1	152,8	148,7

Более того, исследователи дальневосточного здравоохранения еще в середине 1970-х гг. отмечали, что зачастую за оптимистичными цифрами роста коечного фонда тех лет стояло не строительство современных больничных комплексов, оснащенных высокотехнологичным оборудованием, а мало чем подкрепленные цифры. Во многих дальневосточных областях и краях средства, выделенные на строительство учреждений здравоохранения в 1960-е гг., не были освоены полностью, а предусмотренный прирост коек был достигнут за счет приспособления под больничные учреждения существующих зданий или, что еще хуже, за счет уплотнения коек и уменьшения площади на койку в существующих больницах. Значительные колебания от среднего дальневосточного показателя в ту или иную сторону были обусловлены многими факторами. Основные из них: прирост численности населения, его миграция, различная стоимость строительства больничной койки.¹²⁴

На обеспеченность койками влияла и плотность населения. А характерной особенностью Дальневосточного экономического района является низкая плотность населения. В связи с этим, размещение и мощность лечебных учреж-

¹²² Князькина Т.А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г. Автореф. дисс... канд. ист. наук. – Петропавловск-Камчатский, 2007. – С.19.

¹²³ Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. / Под ред. В.В. Трофимова. – М., 1979. – С.17.

¹²⁴ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С.94.

дений имели некоторые особенности. Средняя мощность дальневосточных районных больниц сельских районов с центром в городе в середине 1970-х гг. составляла 165,2 койки, а с центром в селе — только 77,8, в то время когда по РСФСР этот показатель соответственно был равен 201,7 и 111,1. В Хабаровском крае и Камчатской области районные больницы с центром в селе вообще имели мощность всего 63,7 и 47,1 койки.

Очаговость расположения промышленности в северных районах и протяженность на несколько тысяч километров государственной границы СССР с КНР обусловили существование мелких участковых больниц. Из 408 сельских участковых больниц 173 больницы, или 42,4 %, имели мощность 10 и менее коек, тогда как по РСФСР этот показатель был равен 11,1 %. Большое количество маломощных больниц было результатом не только низкой плотности населения, плохих путей сообщения, но и слабости базы центральных районных и городских больниц. Действовавшая в 1970-х гг. сеть больниц была развернута частично в зданиях, мало пригодных для таких целей, и что площадь палаты в расчете на одну больничную койку значительно отставала от норматива, принятого Министерством здравоохранения СССР. Как показала перепись учреждений здравоохранения, проведенная Министерством здравоохранения РСФСР в конце 1973 г., в ветхих зданиях, подлежащих замене, размещено по РСФСР 14,8 % общего числа коек, а площадь палат, приходящаяся на одну больничную койку, составляла 4,3 м² при норме 7,2 м²; по Дальневосточному району эти показатели составляли 21,4 % и 4,1 м².¹²⁵

Здесь уместно задать вопрос: что есть больница в точном смысле слова? Одно из определений гласит: это «учреждение, предоставляющее койки, питание и постоянный медицинский уход для своих больных, пока их лечат профессиональные врачи».¹²⁶ Хотя это определение отражает суть понятия «больница», последнее в равной степени может относиться к самым разнообразным структурам. Больница может представлять собой здание с десятью койками и без проточной воды, как в сибирской деревне, или крупный многопрофильный центр, оснащенный самым современным оборудованием, как в западноевропейском городе.¹²⁷ На эту дилемму обратила внимание писательница Дервля Мерфи, заметившая по поводу больницы в Северном Пакистане, которая не работала по выходным дням и религиозным праздникам: «Это не столько реальность, сколько статистика».¹²⁸

Такое положение дел не было откровением для руководителей дальневосточного здравоохранения в советские годы. Уже в 1973 г. при расчетном нормативе обеспеченности больничной мощностью 140 коек на 10 тыс. населения в таких областях, как Магаданская, Сахалинская и другие обеспеченность ими

¹²⁵ Там же. — С. 95–96.

¹²⁶ Miller, T.S. *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1997.

¹²⁷ Реформа больниц в новой Европе / Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. / Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — С. 5.

¹²⁸ Murphy, D. *Where the Indus is Young — a Winter in Baltistan*. London: John Murray, 1995; цит. по: Реформа больниц в новой Европе / Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. / Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — С. 5.

составила свыше 160 на 10 тыс. населения. Поэтому уже тогда указывалось, что следует вести интенсивное строительство учреждений здравоохранения не с целью увеличения числа больничных коек, а с целью обновления материальной базы.¹²⁹

Становление и развитие здравоохранения на Дальнем Востоке с 1917 г. по 1991 г. осуществлялось в русле общей политики страны. Для региона это, с одной стороны, имело положительное значение, поскольку деятельность местных органов направлялась центральными органами власти, которые использовали опыт развития здравоохранения в европейской части страны. С другой стороны, это обстоятельство несло и отрицательные последствия для Дальнего Востока. Главным среди них можно назвать слабый учет особенностей региона – суровые природно-климатические условия, отдаленность от центральных районов страны, низкая плотность населения при его территориальной рассредоточенности, слабое развитие транспортных путей, низкое развитие базы стройиндустрии, недостаток медицинских кадров, отсутствие учреждений, осуществлявших подготовку врачебных кадров и другие факторы. Развитие здравоохранения не было однородным и поступательным. Оно носило скачкообразный характер. Его прогрессивная направленность на отдельных этапах (преимущественно в послевоенный период) перемежалась с периодами стагнации.¹³⁰

Медицинское обслуживание населения осуществляла сеть лечебно-профилактических учреждений нового типа. Различные по своему профилю и направлениям деятельности, они обеспечивали поэтапную медицинскую помощь населению. Для населения самых отдаленных районов Дальнего Востока стала возможной не только первая медицинская помощь, врачебная, но и специализированная. Сеть аптечных учреждений оказывала лекарственную помощь различным категориям больных. Однако изучение истории дальневосточного здравоохранения показало, что формирование системы медицинских учреждений в регионе происходило не всегда с учетом действующих и перспективных факторов, определяющих рациональность использования и полноценность функционирования учреждений здравоохранения, как в ближайшей, так и отдаленной перспективе, что не позволяло полностью удовлетворить медико-социальные запросы населения.¹³¹

Медицинские кадры дальневосточного здравоохранения. В дореволюционной России в районах Сибири и Дальнего Востока на площади более 12 млн км² подготовку врачебных кадров осуществлял единственный медицинский факультет Томского университета, созданный на далекой окраине царской России в 1887 г.¹³² Эта была одна из причин крайне низкой обеспеченности населения врачами. Первое высшее медицинское образовательное учреждение на

¹²⁹ Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. – Благовещенск, 1976. – С. 96-97.

¹³⁰ Князькина Т.А. Указ. соч. – С. 23.

¹³¹ Князькина Т.А. Указ. соч. – С. 23.

¹³² Мендрин Г. И., Лихтер А.М. Томский медицинский институт — научный центр Сибири.— В кн.: Здравоохранение Томской области за 50 лет. — Томск; 1968, С. 21–26.

Дальнем Востоке было создано в 1930 г. – Дальневосточный (Хабаровский) медицинский институт.¹³³

Развитие сети медицинских институтов на Дальнем Востоке началось лишь после Второй мировой войны. В 1950-е гг. были открыты медицинские вузы в Благовещенске, Владивостоке, при Якутском университете был открыт медицинский факультет. В первые годы открытия этих вузов прием в них не превышал 100-200 человек. Однако рост новых городов, увеличение численности населения ставили вопрос и о развитии здравоохранения в этих районах, о расширении подготовки медицинских кадров. В 1960-е годы в вузах быстро увеличился набор студентов, а, следовательно, и выпуск врачей. Подготовка врачебных кадров из числа местных жителей позволила в значительной степени улучшить обеспеченность ими населения Дальнего Востока (табл. 10).

Таблица 10

Обеспеченность населения Дальнего Востока врачами за период с 1965 по 1977 г. на 10 000 жителей¹³⁴

Территория	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1977 г.	1977 в % к 1965 г.
РСФСР	24,8	29,0	34,8	36,7	148,0
Европейская часть	25,6	29,8	35,6	37,4	146,1
Западно-Сибирский район	20,5	24,7	31,2	33,4	162,9
Восточно-Сибирский район	19,2	22,7	28,9	30,6	159,4
Дальневосточный район	27,3	31,1	36,8	38,3	140,3
Приморский край	23,8	27,0	33,8	35,7	150,0
Хабаровский край	28,9	31,7	36,9	38,9	134,6
Амурская область	20,8	24,1	31,5	32,1	154,3
Камчатская область	40,4	45,6	47,7	46,9	116,1
Магаданская область	46,9	50,9	50,1	49,9	106,4
Сахалинская область	29,9	35,9	41,7	45,0	150,5
Якутская АССР	23,4	27,3	33,9	35,8	153,0

Особенно улучшилась обеспеченность населения врачами в восточных районах в конце 1960-х и 1970-х гг. Обращает на себя внимание и то обстоятельство, что за эти годы в значительной степени произошло выравнивание данного показателя. В 1977 г. в четырех из семи дальневосточных территорий показатель обеспеченности врачами на 10 000 населения превышал среднюю обеспеченность врачами по РСФСР. Вместе с тем, основная часть медицинского персонала была сконцентрирована в областных и краевых центрах, а также крупных поселках городского типа. Обеспеченность врачами в сельских районах Дальнего Востока даже к концу 1970-х гг. оставалась неудовлетворительной. Несмотря на систематическую работу органов здравоохранения по уком-

¹³³ История Дальневосточного государственного медицинского университета в биографиях сотрудников / Под ред. В.П. Молочного. Хабаровск:, 2008.

¹³⁴ Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. / Под ред. В.В. Трофимова. – М., 1979. – С. 144.

плектованию сельских участковых больниц врачами к началу 1978 г. 262 (18 %) участковых больницы Сибири и Дальнего Востока не имели ни одного врача (в 1965 г. – 445 больниц, или 30 %).¹³⁵

Политика здравоохранения в 1980-х гг. В 80-е гг. в отечественной политике здравоохранения приоритет развития специализированной медицинской помощи не только сохранился, но даже усилился. Продолжался рост количества коек, увеличивались капитальные вложения в строительство объектов здравоохранения и, в первую очередь, учреждений специализированной медицинской помощи. В то же время активное использование в идеологических и политических целях принципа профилактической направленности здравоохранения потребовало введения в практику здравоохранения в качестве одного из приоритетов диспансерного метода обслуживания с акцентом на специализированную помощь. Начала расширяться сеть всевозможных крупных специализированных клинических центров, а узкоспециализированная помощь концентрировалась в поликлинических отделениях областных, краевых и республиканских больниц и межрайонных специализированных отделениях.¹³⁶

Однако противоречивость реализации политики здравоохранения в стране, в конечном счете, привела к признанию отставания развития отрасли от реальных потребностей населения в медицинской помощи. Этому способствовала и откровенная ориентация политики здравоохранения на количественные показатели. Постепенно ухудшалось качество медицинского обслуживания, особенно в первичном звене здравоохранения. Признавались организационные недостатки в работе многих учреждений практического здравоохранения, нескоординированность планирования научных исследований и внедрения их результатов в практику, неудовлетворенность практической медицины в медикаментах и медицинской технике. Тем не менее беспристрастная критическая оценка складывающейся ситуации так и не была проведена; соответственно политика здравоохранения особых изменений не претерпела.¹³⁷

Ситуация, сложившаяся в Российской Федерации к середине 1980-х гг. в области охраны здоровья граждан, характеризовалась сложностью, противоречивостью и динамичностью. За прошедшие десятилетия в России была создана единая и целостная в организационном отношении система здравоохранения, а ее основной характеристикой являлся государственный характер охраны здоровья населения, который сыграл существенную роль как в укреплении общественного здоровья, так и в развитии системы оказания медицинской помощи. Государственность здравоохранения обеспечивала отрасль обязательным бюджетным финансированием, что позволяло в определенной мере гарантировать населению необходимую общедоступную и бесплатную для потребителя врачебную медицинскую помощь.¹³⁸

¹³⁵ Чикин С.Я., Сергеев А.В., Акулов К.И. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. / Под ред. В.В. Трофимова. – М., 1979. – С. 47.

¹³⁶ Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» от 19.08.1982 г.

¹³⁷ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 140–141.

¹³⁸ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 342.

Во второй половине 80-х гг. в состоянии общественного здоровья и системе здравоохранения все больше стали проявляться и нарастать негативные тенденции. Причины их многообразны и лежат как в сфере самого здравоохранения, так имеют и более общий характер. Значительно уменьшилось внимание государственных властей к вопросам охраны здоровья населения. Неуклонно сокращалась доля бюджетных расходов на здравоохранение. Если в начале шестидесятых годов она составляла 6,5 %, то к концу восьмидесятых – только 4,6 % ВВП. В результате снизились темпы обновления и укрепления материально-технической базы отрасли. Положение осложнялось и существованием серьезных недостатков в деятельности органов и учреждений здравоохранения. Недостатки в организации и планировании, предельная ориентация здравоохранения на экстенсивное развитие привели к серьезным ошибкам в определении направлений совершенствования системы медицинской помощи, к диспропорциональному развитию отдельных служб, к упущениям в подборе и расстановке кадров. Работа медицинских учреждений оценивалась без учета качества профилактической, лечебной и лекарственной помощи населению. Оплата труда медицинских работников не способствовала их стремлению к квалифицированной профессиональной работе. Во врачебной среде все шире распространялись бюрократия, протекционизм, безответственность, взяточничество, бездушие и грубость, профессиональная некомпетентность. Расширение использования административно-командных методов в стране, бюрократизация управления здравоохранением привели к серьезным ошибкам как в определении направлений развития отрасли, так и к диспропорциональному развитию отраслевых (ведомственных) служб.¹³⁹

В советский период здравоохранение развивалось на основе единых для всех нормативов планирования и финансирования, жесткой бюджетно-финансовой дисциплины, в рамках государственных планов социального и экономического развития.¹⁴⁰ Государственность здравоохранения обеспечивала отрасль обязательным бюджетным финансированием, что позволяло в определенной мере гарантировать населению необходимую общедоступную и бесплатную для потребителя врачебную медицинскую помощь.¹⁴¹

Все медицинские работники находились на службе у государства, которое выплачивало им заработную плату и обеспечивало снабжение медицинских учреждений. Министерство здравоохранения СССР под жестким контролем партийного руководства выпустило обязательные нормативы в отношении медицинских учреждений и персонала.¹⁴²

Естественно возникает вопрос – в чем корень проявившихся недостатков, где, когда, на каком этапе становления советского здравоохранения зародились те негативные явления, которые определили возникновение этих недостатков?

¹³⁹ Там же. – С. 145–146.

¹⁴⁰ Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении: Монография. – М., 1997. – С. 71–76; Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях / Стародубов В.И., Таранов А.М., Гончаренко В.Л. и др. – М., 1999. – С. 11–12.

¹⁴¹ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 132.

¹⁴² Tragakes, E. and Lessof, S. Health care systems in transition: Russian Federation. / Ed. Tragakes E. – Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003. – P. 24–26.

По мнению коллектива авторов НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, прежде всего, был забыт принцип приоритета социального развития нашего общества. Девиз «Все для человека, все для блага человека» во многом оказался лозунгом, не подкрепленным конкретными делами. В здравоохранение направлялись те средства, которые оставались после удовлетворения нужд других сфер общества. Даже если исходить в оценке финансирования охраны здоровья народа не из показателей доли национального дохода, идущего на здравоохранение, как это делается во всех странах мира, а оценивать долю госбюджета, идущего на эти цели, то оказывается, что в последние 25 лет эта доля неуклонно снижалась (в 1960 г. – 6,6 %, в 1970 г. – 6,1 %, в 1980 г. – 5,0 %, в 1985 г. – 4,6 %).¹⁴³ Рост ассигнований в абсолютных величинах едва покрывал расходы, связанные с ростом населения в стране. Фонд заработной платы определялся не штатным расписанием здравоохранения, а количеством фактически работающих на октябрь соответствующего года. Отсутствовали какие-либо стимулы за качество работы, за высокий профессионализм врача. Если к тому же учесть, что десятилетиями медицинские работники получали самую низкую заработную плату, то понятно появление в их среде равнодушных врачей, отсутствие стремления к совершенствованию.

В выяснении существующих недостатков в системе охраны здоровья народа особое место принадлежит значимости экстенсивных путей развития здравоохранения. Несомненно, что на определенном этапе развития общества, когда многие проблемы охраны здоровья были связаны с нехваткой врачей, больниц, поликлиник, санитарно-эпидемиологических учреждений, эти пути сыграли свою роль. Однако они могли привести к успехам лишь до определенной степени и при определенных условиях.

Благодаря ориентации на инфекционные заболевания, не только проводились широкомасштабные профилактические меры, но и был создан гигантский коечный фонд, который позволял изолировать инфекционных больных. Однако изменение эпидемической ситуации в 1960-х гг. застало страну врасплох: руководство психологически не было готово изменить направленность здравоохранения, да и структура медицинских учреждений этого не позволяла. Официальные круги отказывались признать возросшее значение неинфекционных заболеваний и не были способны переориентировать медицинское обслуживание. Вместо того чтобы пересмотреть взгляды на здравоохранение, они пресекли распространение данных и открывали все новые больничные койки.¹⁴⁴

Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов, требовала перестройки здравоохранения еще в 50-60-е годы. Однако был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиску новых форм и мето-

¹⁴³ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 344–345.

¹⁴⁴ Tragakes, E. and Lessof, S. Health care systems in transition: Russian Federation / Ed. Tragakes E. – Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003. – P. 24–26.

дов работы всех звеньев здравоохранения с включением материальных стимулов, наконец, с новыми подходами в подготовке кадров. В 1965 г. обеспеченность врачами составила 23,9 на 10 тыс. населения. За следующие 20 лет количество врачей увеличилось еще вдвое. Но что это дало здравоохранению?

Обеспеченность койками составляла в 1965 г. 95,8 на 10 тыс. человек. Это больше, чем в 90-х годах в США. Следовательно, надо было найти новые подходы к решению проблем профилактики, повысить уровень догоспитальной помощи и, наконец, изменить качество стационарного лечения – с интенсификацией использования больничной койки, повышением ее диагностического и лечебного потенциала. Вероятно, в тех условиях смена век и основных направлений в развитии и деятельности здравоохранения могла бы быть осуществлена естественно и относительно безболезненно. Однако этого не было сделано. Экстенсивный путь развития здравоохранения продолжался, консервативные методы управления и хозяйствования, исключавшие самостоятельность учреждений и материальное стимулирование качества работы, не менялись. Недостаток средств заставлял развертывать лечебные учреждения в приспособленных помещениях, строить больницы барачного типа.¹⁴⁵

Серьезные проблемы возникли с диспансеризацией населения. Она во многом стала носить формальный характер, не была ориентирована на конечный результат и проводилась больше для отчета. В 1987 г. в стране функционировало около 3 000 отделений профилактики, профилактическими осмотрами было охвачено 130 млн человек, 65 млн взрослых и подростков, по официальным данным, находилось на диспансерном наблюдении. А о качестве этой работы, о конечном результате можно судить по тому, что в 1987 г. 28,2 % больных злокачественными новообразованиями было выявлено на III-й и 21,4 % – на IV-й стадии, т. е. каждый второй онкологический больной выявлялся в такой ситуации, когда медицина практически была бессильна. Здесь играл роль не только формализм в работе первичного звена медицинской помощи, низкая квалификация определенной части врачей поликлиник, сельских амбулаторий, медсанчастей, но и разрыв, который произошел между этой службой и специализированной помощью. В стране функционировал 21 научно-исследовательский институт по проблемам онкологии, 254 онкологических диспансера, 3 500 онкологических отделений и кабинетов, в них работали 7 530 врачей-онкологов, 4 000 врачей-радиологов.¹⁴⁶ Но вся эта мощная служба не была ориентирована на конечный результат, она отвечала лишь за то, что получала от первичного звена здравоохранения. Именно разрыв в работе учреждений первичной медицинской помощи и специализированных учреждений наряду со слабой материально-технической базой определял и высокую смертность от онкологических заболеваний, и высокую инвалидизацию. То же самое можно сказать и о кардиологической службе.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 347–349.

¹⁴⁶ Чазов Е.И. Задачи органов и учреждений здравоохранения по выполнению «Основных направлений развития здравоохранения в X пятилетке и на период до 2000 г.» // Советское здравоохранение. – 1989. – № 2. – С. 119–125.

¹⁴⁷ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 357–358.

В силу своего тотального государственного характера система была по своей сути трудноизменяемой, ригидной и малоспособной к динамической реакции на изменения условий ее функционирования. Независимые от структур государственной власти службы оказания профилактической, лечебной и реабилитационной помощи присутствовали в ней в зачаточном и неразвитом состоянии. Финансирование, несмотря на свою гарантированность, в последние десятилетия проводилось по так называемым «распределительному» и «остаточному» принципам, что фактически замораживало качественное развитие медицинской помощи на уровне необходимого минимума.¹⁴⁸

Здравоохранение Дальнего Востока в постсоветский период. Зависимость государственного здравоохранения от наполняемости государственного бюджета особенно остро сказалась в начале 1990-х гг. Именно тогда, с переходом всей экономики к рыночным отношениям, возникла необходимость в проведении преобразований в сфере здравоохранения и привлечении дополнительных источников финансирования, каким стало медицинское страхование.

Одним из основных элементов пересмотренной политики здравоохранения тех лет стала децентрализация управления – эффективный способ улучшения медицинского обслуживания, обеспечения более оптимального распределения ресурсов, а также прогресса в состоянии здоровья населения с учетом региональных особенностей. Разделение функций федеральных органов и органов управления субъектов Федерации, которое само по себе являлось объективным требованием времени и нуждалось в постоянном совершенствовании, в области здравоохранения требовало особого внимания, больше, чем где-либо. Однако, по мнению приверженцев ортодоксальной советской модели здравоохранения считалось, что сама по себе отрасль иерархична и часто выходит далеко за пределы традиционных административных структур. Поэтому, по их мнению, торопливость или стремление поскорее приобщить отрасль к еще не устоявшимся рыночным отношениям в здравоохранении не могли принести ничего, кроме новых проблем ухудшения состояния общественного здоровья и значительного удорожания всей системы здравоохранения. Тяжелая социально-экономическая ситуация переходного периода девяностых годов в России вынудила региональные системы здравоохранения изолироваться от федерального центра и рассчитывать в основном на собственные силы. Произошло стихийное формирование методов управления на региональном уровне со всеми негативными последствиями такого процесса. Региональные органы здравоохранения оказались недостаточно подготовленными к самоуправлению в профессиональном отношении.¹⁴⁹

Децентрализация привела к пересмотру региональной политики в области здравоохранения. Предполагалось выделение сферы общегосударственных интересов в территориальном развитии здравоохранения и реализация соответствующей системы государственного регулирования и протекционизма через налоговые льготы, государственное инвестирование, субсидирование и кредито-

¹⁴⁸ Там же. – М., 2001. – С. 344.

¹⁴⁹ Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 150.

вание наиболее приоритетных региональных программ, экономичное и эффективное расходование ограниченных федеральных ресурсов в качестве катализатора региональных усилий.

Регионализация в системе здравоохранения потребовала и от самих регионов нового механизма ресурсопользования, инвестиционной политики, пересмотра системы организации и регулирования интеграционных связей между собой. Но сторонники старой советской модели здравоохранения полагали, что характер развития российского здравоохранения как целостной системы скорее предполагал не сепаратную региональную и муниципальную политику, а единую государственную политику, ориентированную на получение максимального эффекта от использования ресурсов здравоохранения для обеспечения конституционных гарантий в области охраны здоровья населения.¹⁵⁰

В период советской власти следует отметить два крупных достижения: создание стройной сети лечебно-профилактических учреждений в стране и декларирование абсолютно гуманного, по сути, идеального принципа, согласно которому медицинская помощь должна быть бесплатной, доступной и квалифицированной. Заметим, однако, что последний принцип довольно скоро превратился в прекрасодушный лозунг. Уже к 30-м гг. наша медицина стала элитарной с оптимальным медицинским обеспечением в основном партийно-бюрократической верхушки общества.¹⁵¹

В заключение следует отметить, что основой достижений отечественного здравоохранения нашей страны явилась доступность квалифицированной медицинской помощи каждому гражданину страны, независимо от его социального положения, места и времени ее оказания. Хотя советская пропаганда декларировала, что всем жителям Дальнего Востока стала доступна специализированная медицинская помощь по месту жительства, анализ источников и литературы показывает, что это не всегда, особенно в отдаленных сельских районах, соответствовало действительности. Больницы нередко располагались в приспособленных помещениях, их материально-техническое снабжение, кадровое обеспечение и санитарное состояние не соответствовали требованиям, необходимым для оказания круглосуточной специализированной помощи в условиях стационара. Однако была достигнута другая, может быть более важная задача – всем жителям региона вне зависимости от места жительства стала доступна первичная медико-санитарная помощь. Широкие слои населения получили возможность воспользоваться правом на квалифицированную бесплатную медицинскую помощь.

В 1990-е гг. отрасль реформировалась не системно, а фрагментарными изменениями своих компонентов с акцентом на краткосрочных мерах по решению сиюминутных частных проблем. Реформирование здравоохранения проводилось в условиях жесткого ограничения ресурсного обеспечения, которое, среди всего прочего, было связано с сокращением государственных расходов на

¹⁵⁰ Там же. – С. 152.

¹⁵¹ Лопухин Ю.М. Биоэтика в России // Вестник Российской академии наук. – 2001– Том 71. – № 9. – С. 771–774. <http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/ECCE/LOPOUKH.HTM>

социальные нужды, усложнением экономической, финансовой и торговой ситуации в стране и ее регионах, бюджетным дефицитом и хроническими невыплатами. Цена такого подхода – усиление политического, социального и экономического напряжения в отрасли и ухудшение в целом по России и ее регионам качества жизни населения.¹⁵² Анализ реальных изменений, произошедших в 1990-е годы, свидетельствует о том, что достаточно подробно проработанные на теоретическом уровне перемены на практике происходят медленно.

Исторический опыт Дальнего Востока 20-х гг., а также зарубежный опыт (например, Латинской Америки¹⁵³) говорит, что при принятии решений об объединении финансовых ресурсов здравоохранения обычно большую роль играют интересы органов власти, крупных финансово-промышленных групп, профсоюзов и политических партий, а не потребности населения и социальной справедливости. При определении путей развития здравоохранения в регионах вопросы оказания медицинской помощи учитываются далеко не в первую очередь.

Последствия стремлений советской поры прослеживаются и в здравоохранении новой России. Сохранились реабилитационные учреждения и избыток больничных коек. Осталась и привычка проводить массовые обследования, не подготовив средства для лечения выявленных во время них нарушений. Еще одно наследие прошлого – низкая оценка труда медицинских работников. При советской власти врачей и медицинских сестер относили к непроизводительной части общества и, соответственно, пренебрегали необходимостью достойно оплачивать их труд и обеспечивать им хорошие условия жизни. По-видимому, ситуация усугублялась преобладанием среди врачей женщин. Таким образом, сформировалась традиция оплачивать труд медицинских работников ниже, чем труд рабочих на производстве.¹⁵⁴

Тем не менее, советское здравоохранение при всех своих недостатках обладало и некоторыми неоспоримыми достоинствами. Ему удалось укротить инфекционные заболевания; обеспечить огромное население (даже в мало населенных районах) всесторонним доступным медицинским обслуживанием; создать основу для общественного здравоохранения, в том числе системы обязательной иммунизации и регулярных медицинских осмотров; воспитать поколение верных профессии медицинских работников. В 1950-х гг. принципы советского здравоохранения взяли на вооружение восточноевропейские страны и многие новые независимые государства Африки, Азии, Среднего Востока и Латинской Америки. Позже они повлияли на разработку принципов организации первичного медико-санитарного обслуживания на международной конференции в Алма-Ате. Несмотря на огромные трудности, современная Россия сохранила веру в здравоохранение, основанное на потребностях, а не на финансовых возможностях.¹⁵⁵

¹⁵² Здравоохранение России. XX век. – М., 2001. – С. 361.

¹⁵³ World Health Report 2000: health systems: improving performance. – Geneva: WHO, 2000. – P. 113.

¹⁵⁴ Tragakes, E. and Lessof, S. Health care systems in transition: Russian Federation. / Ed. Tragakes E. – Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003. – P. 24–26.

¹⁵⁵ Там же.

Поиск выходов из сложившейся кризисной ситуации в отечественном здравоохранении стали искать в зарубежном опыте. Но после зарубежных командировок многие организаторы здравоохранения с грустью убедились в сходстве проблем и, что еще более неприятно, в неопределенности путей развития и отсутствия простых решений сложных вопросов. Постепенно это породило спекуляции на тему «советского богатства» отечественного здравоохранения, основанные не на серьезных исследованиях, а на ностальгии бывших руководителей отрасли по прошлым годам. К этому присоединяются недодуманные старшим поколением новые переводные идеи, заимствованные из зарубежного опыта. Люди, опыт работы которых пришелся на постсоветское время, переносят свои влечения на недавнее и незнакомое им прошлое. Ответственны за это те, кто не смог передать им болезненный отечественный опыт, оказавшийся менее доступен и понятен, чем мудреные переводы с английского документов ВОЗ.

Как указывает академик Ю.П. Лисицын, несмотря на обилие работ по истории здравоохранения России в XX веке, предстоит еще долгая и серьезная работа, чтобы спокойно, обосновано и достоверно найти «плюсы» и «минусы» в теории и практике отечественного здравоохранения этого периода.¹⁵⁶ Основная часть инфраструктуры дальневосточного здравоохранения была построена еще в советские годы, исходя из принципов социалистического здравоохранения. Чтобы оценить значение доставшегося нам от предыдущих поколений наследия необходимо определить вектор развития здравоохранения на ближайшее и отдаленное будущее, решить – насколько идеалы советского здравоохранения соответствуют современной государственной политике и рыночной экономике, надо, наконец, решить, на каких принципах мы будем строить систему отечественного и регионального здравоохранения. Без ответов на эти и ряд других принципиальных вопросов длящийся два десятилетия «кризис социалистического здравоохранения в капиталистическом обществе»¹⁵⁷ в обозримом будущем не прекратится.

¹⁵⁶ Лисицын Ю.П. История медицины: учебник. – М., 2008. – С. 201, 217–218.

¹⁵⁷ Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право – 2012. – № 2.

Если сомневаетесь в прогнозе, говорите, что данная тенденция будет иметь место и в следующем периоде.

Закон Максима Меркина

Глава 3

Характеристика отдельных социально-экономических показателей субъектов Федерации Дальневосточного региона

Дальний Восток России имеет важное геополитическое расположение, обеспечивая государству выход в Мировой океан, реализацию его глобальных интересов в мире и обеспечивая прямой контакт со странами Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР). В АТР сегодня сосредоточены геополитические интересы многих экономически развитых стран – мировых лидеров. Это наиболее бурно и интенсивно развивающийся регион в мире. К сожалению, Россия в происходящих в АТР процессах пока представлена очень слабо и у Дальневосточного федерального округа (ДФО) сегодня функция не столько экономическая, сколько геополитическая, поскольку он представляет почти 40 % территории и большую часть природно-ресурсного потенциала Российского государства.

Масштабы и глубина огосударствления производственной и социальной сфер на Дальнем Востоке наиболее значительные среди других регионов России. Именно к этому региону применима характеристика «правительственная колонизация». По мнению многих московских стратегов, степень самостоятельности населения региона в освоении природных богатств и развитии экономики и бизнеса низкая, причинами чего являются суровые и экстремальные природно-климатические условия, отдаленность, слабое развитие и незавершенность коммуникаций и т. п.

В этой связи, следует отметить, что впечатление о дальневосточниках как о некоей чуждой фармации не меняются уже более 100 лет. Ярким примером этого служат слова великого русского писателя А.П. Чехова: «...Если внимательно и долго прислушиваться, то, боже мой, как далека здешняя жизнь от России!...».¹

Может быть, именно поэтому экономическая и социальная модель региона многие годы формировалась под патронажем государства. И как только этот патронаж и политическая воля центральных властей ослабевала, в регионе формировались благоприятные условия для усиления экономических и политических позиций приграничных государств, усиливалось демографическое давление соседей на рынках труда, а приток населения из центральной России прекращался. Параллельно хозяйственная жизнь этой части страны в течение отно-

¹ Чехов А.П. Остров Сахалин. – М.: Изд. «Советская Россия», 1984. – С. 29.

сительно короткого промежутка времени начинала зависеть от решений отдельных местных чиновников, часто за пределами государственных интересов. Шло и продолжается разграбление природных ресурсов в виде вывоза за пределы России рыбы и морепродуктов, круглого леса, углеводородного сырья и др. по «бросовым» ценам. На этом фоне наблюдался рост различных видов преступности и коррупции. Регион стал весьма неудобным и опасным для его жителей, что стимулировало и продолжает стимулировать миграционные процессы.

С одной стороны, Восточная Сибирь и Дальний Восток составляют основную часть пространственного, сырьевого и топливно-энергетического потенциалов страны, а с другой – эта часть России уже становится средоточием потенциально-опасных проблем геополитического, социального, демографического, энергетического и инфраструктурного характера. Для разработки новой региональной политики в отношении Дальнего Востока России нужна новая система оценок ситуации, учитывающая кардинальные изменения отношений, интересов и ресурсных возможностей государства, регионов, хозяйствующих субъектов и населения.² Весьма важным оценочным фактором становится экономическое, политическое и демографическое состояние соседних государств, особенно Китая.

Возвышение Китая до статуса мировой державы на рубеже XX–XXI веков в корне изменило геополитическое значение Дальнего Востока России и всю геометрию международных отношений в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Причем, усиление Китая не затронуло ни одну страну мира в большей степени, чем Россию. Поднебесная, или «Срединное царство», превратилась в важнейший фактор, реально влияющий на геополитическое положение России в мире и на межрегиональные соотношения внутри государства.

Было бы ошибочно говорить о том, что в предыдущие периоды своего развития в России не учитывали огромного демографического потенциала Китая. После того, как более трех столетий назад границы России приблизились к Тихому океану, а ее новыми соседями оказались Китай, Корея и Япония, проблемы формирования постоянного населения этой провинции решались с помощью затрат огромных усилий и ресурсов. Российское правительство еще в XIX веке всячески поощряло переселение из центральной России в Восточную Сибирь и на Дальний Восток, но желающих было немного, особенно не хватало рабочих рук в городах. Сейчас уже мало кому известно, что город Владивосток строился силами китайцев и корейцев, а инженерами подчас были японцы. Русское же население этого Дальневосточного форпоста Российской державы составляли в основном военные. Вследствие этого, в начале XX века на территории юга Дальнего Востока России проживало большое количество китайцев – однако они начали покидать Россию в период Гражданской войны, а оставшиеся были практически полностью выселены в Китай в 1920-е годы.

²Ишаев В.И. Экономическая реформа в регионе: тенденции развития и регулирование. – Владивосток: ДАЛЬ-НАУКА, 1998. – 180 с.

В 1930-е годы в Советском Союзе китайцев были единицы, как правило, они приезжали по линии Коминтерна. После образования Китайской Народной Республики в 1949 году в СССР стали приезжать на учебу китайские студенты, однако после ее окончания студенты были обязаны вернуться в Китай и готовить там новые кадры. В 1961 году, когда отношения между двумя странами серьезно ухудшились, все специалисты и студенты были отозваны, а отношения между двумя странами были заморожены до визита М.С. Горбачева в Китай в 1989 году, когда начали развиваться торговые контакты.

Сегодня, по размерам сухопутной территории Китай уступает только России и Канаде, а по численности населения Китай занимает первое место в мире. В стране получили распространение не одна, а несколько религий. Главными из них являются буддизм, даосизм, ислам, католицизм и протестантство. Граждане КНР правомочны самостоятельно решать, какую религию исповедовать, и заявлять о своей приверженности той или иной вере. Всего в Китае 23 провинции, 5 автономных районов, 4 города центрального подчинения и 2 специальных административных района (Гонконг и Макао). Ежегодно в Китае рождается более 16 млн детей, а рост рождаемости, несмотря на прогнозы некоторых аналитиков, сейчас составляет 12,4 % в год.

По нашему мнению, Российский истеблишмент неоправданно мало внимания уделяется Китаю, в то время, как, например «The Guardian» приводит высказывание бывшего министра иностранных дел Великобритании Дэвида Милибэнда о том, что через несколько десятилетий, а то и раньше, КНР усилится настолько, что станет державой, равной США в мировой политике, – эти два государства будут принимать решения. По мнению главы британского МИДа, Европейский союз в лучшем случае сможет стать третьим, младшим партнером в мировой политике, если научится говорить самостоятельно. Сегодня стало очевидным фактом – вектор мирового развития смещается в сторону Юго-Восточной Азии. И речь идет не только об экономике, но и о новых моделях построения общества. Чем быстрее это поймет и оценит российский истеблишмент, тем лучше. Ведь Россия и по территории, и по менталитету не только европейская, но и азиатская страна. Пора вспомнить об этом всерьез.

3.1. Территориальные экономико-социальные особенности Дальнего Востока России

Бурное экономическое развитие Азиатско-Тихоокеанского региона заставляет сегодня по-новому взглянуть на роль и место Дальнего Востока в политическом, экономическом и социальном развитии России. Дальневосточный федеральный округ – это 6 215,9 тыс. квадратных километров (36,4 % территории России) и 9 субъектов РФ: Республика Саха (Якутия), Приморский край, Хабаровский край, Амурская область, Камчатский край, Магаданская область, Сахалинская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ. Вклад Дальнего Востока в валовой внутренний продукт России составляет всего 5,4 %. Для такой огромной территории – это весьма низкий уровень.

На территории региона в 2011 г. проживало 6 284,0 тыс. человек или 4,4 % населения государства. При этом плотность населения в отдельных его зонах различается более чем в 100 раз.³

Городских поселений в регионе 305, в т. ч. с населением от 500 тыс. до 1 млн человек – 2 (Владивосток – 592,034 тыс. и Хабаровск – 585,556 тыс.), причем оба этих города, с точки зрения народонаселения, продолжают расти. Городов с населением от 100 тыс. до 500 тыс. человек – 9 (Якутск – 304,500 тыс., Комсомольск-на-Амуре – 260,257 тыс., Благовещенск – 221,136 тыс., Южно-Сахалинск – 209,192 тыс., Петропавловск-Камчатский – 179,784 тыс., Уссурийск – 187,912 тыс., Находка – 158,788 тыс., Артем – 112,285 тыс.). Население вышеуказанных городов также растет, кроме Комсомольска-на-Амуре и Находки. Городских поселений менее 100 тыс. человек в регионе зарегистрировано 296, для большинства из них характерна убыль населения. Сельских поселений в регионе насчитывается более 2 500 (в т. ч. без населения, оставленных людьми более 200), из них с числом жителей свыше 100 человек около 2 000. Таким образом, особенности климата, социально-экономическое положение, низкая плотность населения, своеобразие формирования городских и сельских поселений делает регион весьма сложным для дальнейшего развития и освоения.

Поскольку Дальний Восток – самый удаленный от столицы и исторического центра России регион, то уже этот факт создает довольно серьезные проблемы, учитывая размеры государства. В советское время прилагалось немало усилий для освоения Дальнего Востока – повышения плотности населения, развития инфраструктуры, строительства военно-морских баз, освоения ресурсов. В результате распада СССР Дальний Восток оказался в весьма уязвленном положении: местное русское население стало покидать регион, промышленность деградировала, остро ощущается нехватка рабочих мест.

Одновременно с этим в приграничных государствах (Япония, КНР) продолжается рост рождаемости, бурно развивается экономика. Эти государства испытывают серьезные проблемы экономического и экологического характера, в связи с крайней перенаселенностью, в то время как по соседству находится огромная и практически незаселенная территория, богатая природными ресурсами. Немаловажно и то, что Япония имеет территориальные претензии к России, а в Китае все шире распространяется недовольство границами, проведенными царским правительством в XIX веке.

Ввиду своего географического положения и экономической ситуации в стране Дальний Восток существует в условиях целого ряда негативных факторов. Это, прежде всего, сложные, в том числе экстремальные природно-климатические условия, слабая освоенность и отдаленность региона от промышленно-развитых районов России, бездорожье, нестабильность и отток населения. В этой ситуации большую роль играют Транссибирская магистраль и БАМ. Одним из главных сдерживающих факторов развития региона является сложившаяся структура народного хозяйства. Неэффективная отраслевая

³ http://www.gks.ru/bgd/free/b04_03/IssWWW.exe/Stg/d01/65oz-shisl28.htm.

структура экономики, в которой доля добывающих отраслей в объеме продукции составляет 30 %, а отраслей специализации (рыбной, цветной металлургии, лесной) с отсталыми технологиями и техникой, более 50 %, обуславливает крайне неблагоприятную ситуацию именно сейчас, в период реализации идеологии рыночных отношений.

Хроническое отставание производственной инфраструктуры, прежде всего транспорта и энергетики, отразилось и дополнилось тяжелым положением в отраслях специализации. В депрессивном состоянии находится золотодобывающая отрасль, где из-за резкого сокращения ассигнований свертываются геологоразведочные работы, наблюдаются массовый уход работников с предприятий и значительное падение добычи в основных ее районах: Магаданской области и Якутии.

Не удается стабилизировать обстановку в топливно-энергетическом комплексе. Значительное число предприятий Забайкалья и Дальнего Востока работают в режиме жестких ограничений поставок энергоресурсов из-за дефицита финансовых средств для их оплаты. Крайне сложная ситуация сложилась в горнорудной промышленности, которая усугубляется отставанием прироста разведанных запасов минерального сырья, резким снижением темпов геологоразведочных работ.⁴ По существу, нарушен процесс воспроизводства минерально-ресурсного потенциала региона. В кризисном состоянии находятся лесной и рыбопромышленный комплексы.

Низкий рост производства, хроническая неплатежеспособность, инфляционные процессы катастрофически отразились на финансовом положении предприятий. Все это особенно болезненно сказывается на дальневосточных территориях с ресурсной специализацией, где из-за слабых инвестиционных возможностей предприятий основная тяжесть финансирования производственных, инфраструктурных и социальных программ ложится на федеральный и региональный бюджеты. Но местные органы управления, конечно, не могут справиться с огромным числом проблем, существующих в регионе, в том числе и экологических.

Тяжелейшие условия жизни, сырьевая направленность экономики, высокая капиталоемкость хозяйственного освоения территории и повышенные транспортные затраты вследствие географической удаленности в современных, резко изменившихся условиях ставят регион в заведомо невыгодное положение. В условиях самостоятельности производителей и неналаженной практики договорных отношений, недопоставки продовольствия на Дальний Восток приобрели хронический характер. При этом, доля местного производства продовольствия не превышает 30 % потребностей.

Слабая поддержка фермерских хозяйств, а порой и просто нехватка продуктов питания вынуждают население заниматься браконьерством. Браконьерство процветает на Дальнем Востоке, что наносит ощутимый ущерб окружающей среде. Из-за общего кризиса в стране большинство предприятий в 1990-е

⁴ 01.11.2012 «Российская газета». – Экономика Дальнего Востока № 5925.

гг. простаивало, а другие работали не на полную мощность, что, однако немного улучшило состояние окружающей среды. Но последствия того же кризиса (распространение браконьерства, тяжелое социальное положение населения и т. д.) ухудшают его.

В течение 2000–2011 годов экономика региона, хотя и имела положительную динамику, характеризовалась ярко выраженной цикличностью. Если в 2000 году субъекты РФ ДФО демонстрировали опережающие темпы развития по сравнению со среднероссийскими, то начиная с 2000 года это преимущество было утеряно по причине особенностей отраслевой структуры производства. С 2001 года динамика валового регионального продукта в ДФО определялась, прежде всего, увеличением оборота розничной торговли и производства услуг при отставании темпов роста промышленного производства. И, тем не менее, в границах Дальневосточного федерального округа сосредоточен существенный потенциал для промышленного использования сырьевых ресурсов, но существует группа факторов, затрудняющих их освоение, в частности:

✓ *недостаточность информации о запасах ресурсов и их состоянии по причине осуществления в небольших масштабах работ, связанных с геолого-разведкой;*

✓ *наличие инфраструктурных ограничений освоения природно-ресурсной базы, прежде всего в энергетической и транспортной сферах;*

✓ *низкая экологическая устойчивость местных экосистем, требующих дополнительных природоохранных затрат в ходе освоения природных ресурсов;*

✓ *неразвитость или полное отсутствие производств, обеспечивающих комплексную и безотходную переработку сырья, что ведет к нерациональному использованию сырьевой базы;*

✓ *отставание производительности труда в большинстве природно-ресурсных отраслей Дальнего Востока от производительности труда в развитых странах Азиатско-Тихоокеанского региона;*

✓ *дефицит рабочей силы, неразвитость системы подготовки квалифицированных кадров.*

К главному фактору сдерживания экономического развития региона, по нашему мнению, относится дефицит и качество трудовых ресурсов, которые многие годы сдерживал поступательное движение экономики. Уменьшение численности населения за счет естественной убыли и миграционного оттока из субъектов РФ ДФО уже вчера сформировали необходимость применения «вахтовых» методов работы и в ближайшие годы их использование будет только расширяться.

Однако в ряде случаев применение вахтового метода сопровождается не снижением затрат, а, наоборот – их увеличением. Эти затраты связаны с тем, что состояние здоровья различных категорий населения, работающих в отдаленных и северных территориях (т. н. вахтовиков), имеет свои особенности. Их постоянная многократная адаптация и реадаптация к различным климатическим условиям, временным поясам, характеру питания в течение относительно коротких временных промежутков резко снижает уровень и качество их здоро-

вья за счет роста заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности. Именно эти факторы в будущем спровоцируют формирование дополнительных расходов на восстановление утраченного здоровья, связанного с особенностями условий труда вахтовиков.

История освоения Дальнего Востока подчеркивает актуальность проблем демографии региона в течение всего периода его освоения. После распада Советского Союза демографическая проблема резко обострилась и приобрела совершенно новое звучание, в связи с резким изменением популяционных трендов. Рост населения на Дальнем Востоке сменился стремительным его сокращением, а выезд населения в западные районы страны приобрел характер устойчивой тенденции. Рассогласованность между необходимостью экономического развития и заселенностью территории постоянно нарастает. Уже сегодня демографический потенциал региона явно недостаточен для освоения расположенных здесь природных богатств, для создания развитой экономической и поселенческой структуры и обеспечения национальной безопасности. Дальний Восток России подошел к рубежу, когда формирование населения становится критическим условием социально-экономического и значимым условием стратегического развития Дальнего Востока.

Динамика экономического положения территории. Российский Дальний Восток как объект разработки государственных программ долгосрочного развития имеет особенности, принципиально отличающие его от таких же в таксономическом отношении социально-экономических объектов, расположенных в других зонах России. Он представляет собой разнообразную по природным качествам субглобальную систему, находится в зоне многовековых непосредственных контактов не менее 4-х крупнейших этносов (суперэтносов, цивилизаций); вблизи от крупнейших динамично развивающихся экономических центров мира, а также от крупнейших относительно перенаселенных трудоизбыточных районов мира с миграционно высокоактивным населением.

В результате социально-экономических преобразований 90-х годов произошло разрушение сложившейся системы государственных гарантий поддержания равных условий функционирования социально-экономической системы Дальнего Востока по сравнению с другими частями страны. Отказ государства от компенсации объективных удорожаний затрат на энергетику, транспорт, заработную плату, инфраструктурное обустройство территории автоматически превратил продукцию дальневосточных производителей в неконкурентоспособную на внутреннем рынке России и стран СНГ. В силу катастрофического роста тарифов на энергию и транспортные услуги в 1992–1994 гг., они не смогли выйти из кризиса позже, когда эти тарифы стали регулироваться государством (Ишаев В.И., 1998).

Наибольшая доля востребованного национального богатства в ДФО приходилась на Республику Саха (Якутия) – 58,3 %, на втором месте Сахалинская область – 12,2 %, третьем Приморский край – 9,4 %, далее Магаданская область – 7,4 %, Хабаровский край – 7,4 %, Амурская область – 3,1 %, незначи-

тельные показатели в Чукотском АО (1,3 %), Камчатском крае (0,7 %), Еврейской АО (0,2 %).

Падение экономики Дальнего Востока России в начале 1990-х годов было беспрецедентным. Уже к 1997 году объемы производства по отношению к 1990 году составляли 27 % в Хабаровском крае, 50 % – в Приморском, 75 % – в Республике Саха (Якутия). Однако, начиная с 1998 года, наблюдался поступательный рост объема валового регионального продукта (рис. 4).



Рис. 4. Динамика валового регионального продукта в 1998–2006 гг.

В последующем периоде, преимущественно сырьевые отрасли обеспечили постдефолтное наращивание промышленного производства, хотя экономика ДФО продолжала сильно отставать от темпов развития других регионов России: к 2004 году объемы промышленной продукции территорий Дальнего Востока были восстановлены наполовину от уровня 1990 г., что на фоне общероссийского показателя (71 %) не вселяло оптимизма.

Из-за отсутствия инвестиций в 1990-е годы более чем вдвое сократилась занятость трудоспособного населения региона в строительстве, доля занятых в торговле, напротив, выросла в 2,5 раза, что отражало общую для страны тенденцию перетока рабочей силы из сферы промышленного производства в сферу услуг. В кризисный и посткризисный периоды на рубеже XX–XXI веков в регионе тенденции перетока занятых из промышленности в «челночный» бизнес только усилились. Развитию этого рода деятельности благоприятствовало поч-

ти полное отсутствие товаров широкого потребления российского производства (как местных, так и из других экономических районов России), близость границы с КНР и упрощенный режим пересечения границы.

По мнению некоторых экономистов и востоковедов (Гранберг А.Г., Заусаев В.К., Ишаев В.И., Добрецов А.Н., Мажаров И.В. и др.): «...произошла практически полная дезорганизация государственных, и в особенности оборонных отраслей промышленности ДВ России». Это заставляет по-новому переосмысливать возможные перспективы не столь уж отдаленного будущего региона. Для него уже созданы все условия: экономика развалена, русских мало – китайцев много, мы «пассивны» – они «активны», мы добываем – они производят.

Превращение Дальнего Востока России в сырьевой придаток Китая – эта фраза уже даже не вызывает внутреннего противления. У мощного в прошлом оборонного комплекса Дальнего Востока отсутствуют гарантированные оборонные заказы. Отсутствуют и централизованные инвестиционные программы, подкрепленные реальными инвестиционными средствами или, на худой конец, реальной инвестиционной политикой. Как следствие, массовая безработица в городах и обнищание деревни, отток населения из Северных районов, миграция наиболее зажиточных дальневосточников в Европейскую часть России.

В этой связи, некоторые китайцы даже всерьез считают, что все третье тысячелетие – это тысячелетие «Серединной Империи». Збигнев Бжежинский еще на заре российской перестройки поспешил предупредить «большую семерку» о том, что «Китай не мировая, а региональная держава». Однако при всей своей природной «стихийности» китайский этнос обладает двумя неоспоримыми преимуществами перед другими нациями: китайцы поразительно приспосабливаются к условиям существования, и китайцев очень много. Это то, что позволяет китайцам на протяжении уже нескольких тысячелетий скачкообразно, но неуклонно расширять «ареал проживания»: от скромного района, ограниченного в древности на севере «Великой Стеной», а на юге Нанкином, до нынешних границ и... далее.

Реалии современной российской действительности таковы, что уповать на некое чудо «возрождения» сильной России, происходящее посредством сильной централизованной власти, не приходится. Для этого, как минимум, нужна сильная экономика, чего российскому Дальнему Востоку не видать, вероятно, в ближайшие десятилетия. В этих условиях в регионе неизбежно будет происходить борьба и сложные процессы, связанные с установлением зон влияния различных государств. Судя по всему, в силу географической близости, Китай будет принимать в этом процессе самое активное и непосредственное участие.

Российскому Дальнему Востоку и России в целом сегодня приходится особо считаться с Китаем как с державой, претендующей на главенствующую роль в АТР, и, возможно, в мире. Сибиряки и дальневосточники соприкоснулись впрямую с серьезной и реальной угрозой ослабления «влияния Москвы», и усиления влияния китайцев, Китая или прокитайски настроенных элементов в своем обществе». Известные российские ученые, исходя из своего опыта, под-

тверждают прогнозные модели математиков и экономистов о будущем Дальнего Востока.

Тем не менее, в 2000-х годах в экономике ДФО происходит устойчивый рост, не прерывавшийся даже в период мирового экономического кризиса 2008–2009 годов. С 1999 года по 2010 год валовой региональный продукт ДФО вырос на 73 %. При этом с 2009 года рост ВРП округа опережает среднероссийский. Так, в 2009 году ВРП ДФО вырос на 1,5 % (российский – снизился на 7,6 %), в 2010 году на 6,8 % (российский – на 4,6 %).

Отраслевая структура ВРП территорий ДФО (по данным за 2010 год):

- ✓ *сельское и лесное хозяйство, рыболовство* – 6,5 %
- ✓ *добыча полезных ископаемых* – 24,7 %
- ✓ *обрабатывающая промышленность* – 5,6 %
- ✓ *производство и распределение электроэнергии, газа и воды* – 4,2 %
- ✓ *строительство* – 12,2 %
- ✓ *торговля* – 10,2 %
- ✓ *гостиницы и рестораны* – 0,8 %
- ✓ *транспорт и связь* – 13,4 %
- ✓ *образование и здравоохранение* – 7,7 %
- ✓ *финансы и услуги* – 7,3 %
- ✓ *госуправление и военная безопасность* – 7,4 %.

Однако вклад в уровень ВРП ДФО относительно численности населения субъектов РФ различен. В частности к 2011 году несомненным лидером по уровню ВРП стала Сахалинская область, второе место устойчиво занимает Приморский край, а третье – Республика Саха (Якутия). В то же время по численности населения на первом месте находится Приморский край, на втором – Хабаровский край, а на третьем – Республика Саха (Якутия) (табл. 11).

В 2011 году совокупный объем валового регионального продукта произведенного в субъектах РФ ДФО увеличился, по оценкам экономистов региона, по сравнению с 2010 годом наблюдается рост на 5,4 % и общий его объем составил 2,3 триллиона рублей. Общероссийский прирост совокупного ВРП ниже. При этом если взять за базовые показатели объемы произведенного ВРП в 2008 году, то в целом по Российской Федерации его физический объем в сопоставимых оценках в 2011 году сравнялся с базовым годом, в то время как совокупный ВРП дальневосточных территорий увеличился на 13 %.⁵

Индекс промышленного производства в 2011 году составил в целом по округу 107,8 %. В среднем по Российской Федерации – 104,7 %. Следует отметить, что промышленное производство в округе продолжает наращивать свои объемы, в то время как общероссийское производство лишь незначительно превысило свой докризисный уровень.

Объем привлеченных в 2011 году на территорию Дальнего Востока инвестиций в основной капитал составил 119,4 % по сравнению с 2010 годом. Но, если сравнить объемы привлечения инвестиций с уровнем 1990 года, то стано-

⁵ Ишаев В.И. Дальневосточный вектор России, 2012. – С. 7.

вится ясно, что дальневосточные территории лишь достигли уровня базового года, тогда как в целом по стране их величина снизилась на 37,5 %.

Таблица 11

Соотношение площади, численности населения и величины валового регионального продукта Субъектов РФ ДФО

№	Субъект федерации	Административный центр	Площадь (км ²)	Население ⁶ (чел.)	ВРП (млрд руб.)
1	Амурская область	Благовещенск	361 913	↓ 821 573	136,784
2	Еврейская автономная область	Биробиджан	36 266	↓ 174 412	26,695
3	Камчатский край	Петропавловск-Камчатский	464 275	↓ 320 156	78,248
4	Магаданская область	Магадан	462 464	↓ 154 485	41,948
5	Приморский край	Владивосток	164 673	↓ 1 950 483	319,359
6	Республика Саха (Якутия)	Якутск	3 083 523	↓ 955 859	304,986
7	Сахалинская область	Южно-Сахалинск	87 101	↓ 495 402	335,878
8	Хабаровский край	Хабаровск	787 633	↓ 1 342 475	273,212
9	Чукотский автономный округ	Анадырь	721 481	↑ 50 988	30,699

В современных условиях Дальний Восток России вызывает пристальное внимание со стороны соседей по региону, что связано со смещением центра экономической (а вслед за этим и политической) активности в мире, в АТР, где Россия оказывается представленной самой неразвитой и малозаселенной своей частью. Этот регион отличается невероятным уровнем коррупции и преступности, неповоротливой и отсталой экономикой, а, самое главное, низким уровнем социальных нормативов и гарантий по отношению к населению региона. Богатейший природными ресурсами экономический район России, который обеспечивает поступательное экономическое развитие приграничных государств (Китай и Ю. Корея), имеет самые высокие в РФ тарифы на услуги ЖКХ, на электроэнергию, проезд в транспорте и др., что является питательной почвой для поддержания миграционных процессов и «протестной активности населения».

3.2. Рыночные реформы и борьба с бедностью

Некоторое время назад, едва ли не важнейшей задачей государства на предстоящий второй срок президента В.В. Путина начиная с 2004 г. была объявлена борьба с бедностью. Понятно, что многими это было воспринято положительно, хотя и с долей скептицизма. Один политолог выразился так: «Борьба с бедностью – это... миф общегражданского значения, какими были когда-то

⁶ Оценка численности постоянного населения на 1 января 2012 года (прим. авторов).

«гласность» и «ваучеризация». В контексте борьбы с бедностью, многие предполагали, что тогдашнее Правительство РФ сделает реальные шаги на пути обеспечения молодой семьи доступным жильем, обеспечит работой с достойной зарплатой молодых супругов, сформирует жесткие позиции по возвращению занятых под коммерческие структуры и органы власти – детские сады. Параллельно начнется ликвидация детских домов (приютов) и домов ребенка, передавая на воспитание брошенных детей в социально благополучные семьи с соответствующей материальной компенсацией родителям их усилий, прекратит постыдную для социального государства практику усыновления российских детей гражданами других государств и многое другое.

Сегодня ответственность за результаты борьбы с бедностью никто на себя не берет... Вероятно, виновато то самое «гражданское общество», но опять говорят, что именно оно недостаточно активно. А в дополнение к сказанному целая плеяда отечественных академиков и профессоров быстро докажет, что гражданского общества в России до сих пор нет. Но ведь именно поразившая нашу страну массовая бедность широких слоев населения подрывает устои семьи, блокирует ее социальную стабильность, а в конечном итоге тормозит экономику, порождает политическую нестабильность и душит ростки гражданского общества.

Особо уродливые формы приобретает имитация борьбы с бедностью в провинциальных регионах, таких как Дальний Восток России. Сегодня часть дальневосточников развращена т. н. льготами и настроена не на то, чтобы зарабатывать на существование, а на то, чтобы получить пособие по безработице или «числиться» на работе, которая не обеспечивает минимального уровня жизни. Параллельно эта категория людей трудоспособного возраста занимается браконьерством различного масштаба, криминализируется, а иногда просто деградирует, вместо того, чтобы пытаться сформировать свой маленький бизнес и самостоятельно, без оглядок на государство, обеспечивать себя и свою семью материальными благами. Но ведь и государство, кроме формирования дополнительных органов власти «по развитию малого и среднего бизнеса» не принимает всех необходимых мер по облегчению налогового бремени «новым» малым предприятиям, возможности получить доступные кредиты в банках, землю под строительство и т. п.

Дальневосточников сегодня интересует уже не сама программа борьбы с бедностью, а лежащая под нею доктрина, представление о «противнике», динамике процессов, масштабе явления – все то, что можно определить как интеллектуальный инструментарий разработчиков этой программы. Ведь неolibерал А. Чубайс писал в своей «теоретической» разработке в марте 1990 года: «К числу ближайших социальных последствий ускоренной рыночной реформы относятся: общее снижение уровня жизни; рост дифференциации цен и доходов населения; возникновение массовой безработицы... Население должно четко усвоить, что правительство не гарантирует место работы и уровень жизни, а гарантирует только саму жизнь. ...На время проведения реформы (или, по крайней мере, ее решающих этапов) потребуется чрезвычайно антизабастовочное

законодательство. ...Следует ожидать ускоренной институционализации не-олиберальной экономико-политической идеологии, политической основой которой станет часть нынешних демократических сил...».⁷

Со времени начала реализации реформ неолибералов прошло более 20 лет. В конечном итоге сегодня нужны ответы на простые вопросы: «На какой мировоззренческой платформе предполагается вести осмысление бедности и борьбу с нею?» «Рассматривают ли сегодняшние реформаторы проблему бедности дальневосточников в русле мышления, заданного на первом этапе реформы – или они принципиально отходят от постулатов и логики 90-х годов?». «Если отходят от этих постулатов, то какова идеология и стратегия вновь созданной «бригады» инновационного развития ДФО на период до 2025 года?».

История развития Дальнего Востока РФ показывает, что для качественного экономического роста, наряду с введением преференций для потенциальных инвесторов, необходимо формирование социально-экономических преимуществ для проживающего здесь населения, т. е. создание повышенных стандартов качества жизни. Сдерживающим для Дальнего Востока России фактором сохранения местного населения и закрепления мигрантов является неудовлетворительное решение проблемы бедности работающего населения, а также отсутствие отвечающей современным требованиям социальной инфраструктуры, высокой транспортной мобильности, расширенной доступности к социальным благам и услугам.

Положение усугубляется тем, что в России, и в особенности на Дальнем Востоке, сформировалась депопуляция, то есть фактическое вымирание населения. Об этом было заявлено учеными на первом международном форуме «Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества». Одновременная потеря дальневосточниками десятилетиями создававшейся и ставшей неотъемлемой частью образа жизни системы льгот и привилегий, ощущения социальной элитарности, своей особой значимости для страны привела к острому психологическому шоку. Этот шок усугубился резким ростом стоимости жизни и снижением реальных доходов.

Следует отметить, что показатели уровня и качества жизни населения призваны отражать степень развития социально-экономических отношений. Реальная же экономическая ситуация в Дальневосточном федеральном округе во втором десятилетии XXI века остается сложной. Многие важные промышленные отрасли находятся в состоянии упадка. Уровень зарегистрированной безработицы выше среднего по России.

Несмотря на снижение доли населения, имеющего доход ниже прожиточного минимума, уровень бедности в субъектах ДФО превышает показатель Российской Федерации от 1,9 раза в Амурской области до 1,5 раз – в Еврейской автономной области, Приморском крае, Республике Саха (Якутия) (рис. 5).

В целом динамика уровня бедности, индикаторы доходов и неравенства по доходам показывают существенное улучшение ситуации в регионах Дальнего Востока, но сохраняющийся миграционный отток населения служит под-

⁷ Век XX и мир». 1990, № 6. Цит. по: А.Фадеев. Тень Чубайса над ЖКХ. – М.: Алгоритм, 2003.

тверждением того, что далеко не все так благополучно. Кроме того, основным механизмом заметного улучшения при относительно медленном экономическом росте может быть только масштабная перераспределительная политика государства.

Крайняя бедность вряд ли сокращается столь же быстро, так как регион отличается повышенной концентрацией населения с маргинальным образом жизни: лиц без определенного места жительства, безработных, утративших мотивацию к труду, представителей коренных малочисленных народов, не имеющих стабильных источников дохода, и т. д. Но при относительной достоверности статистики доходов сложно даже экспертно оценить уровень крайней бедности.

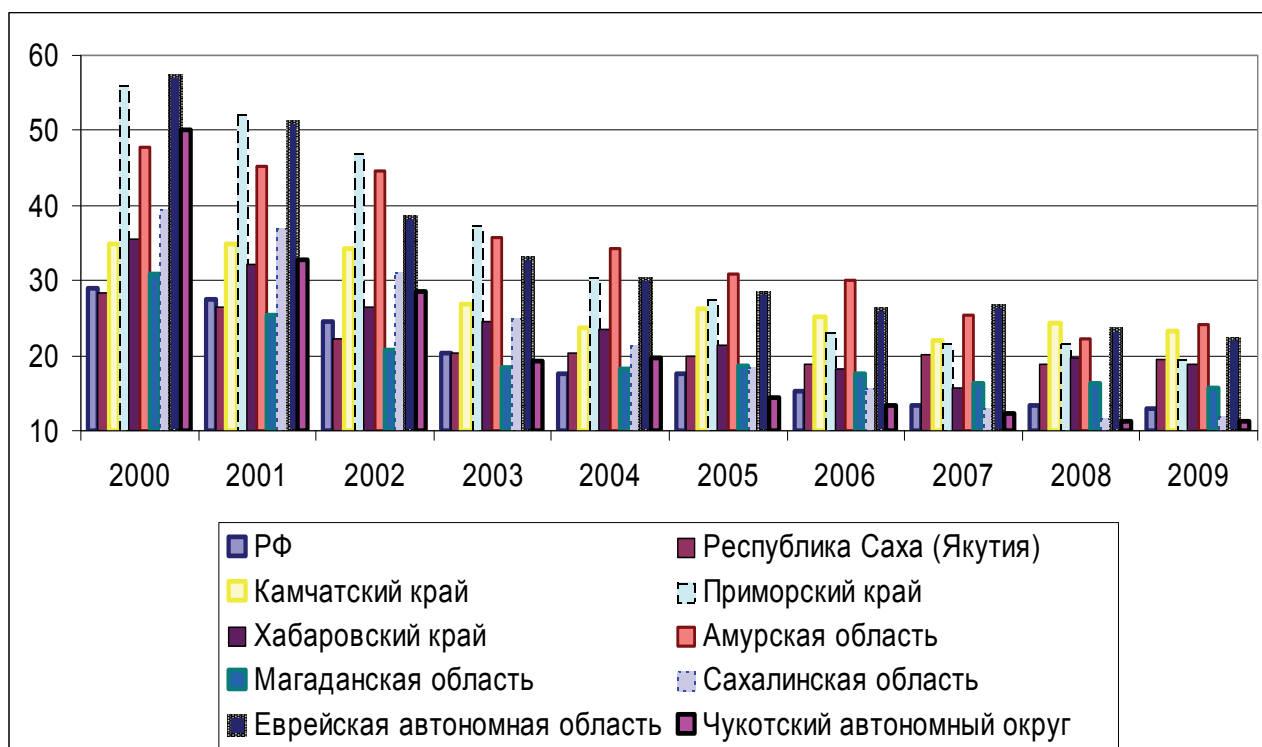


Рис. 5. Уровень бедности в субъектах ДФО в 2000–2009 гг. (%)

Особенно следует выделить многочисленные проблемы села: высокий уровень безработицы (более 11-15 % в большинстве субъектов РФ ДФО), низкие заработки, минимальную доступность социальных услуг, неукорененность населения, большая часть которого мигранты предыдущих десятилетий. Все эти проблемы превращают сельскую местность Дальнего Востока в большую депрессивную зону с маргинальным населением.

Несмотря на то, что уровень среднедушевых денежных доходов дальневосточников превышает среднероссийский (по итогам 2010 г. – на 10,2 %), покупательная способность доходов намного ниже, чем в центральной полосе России и РФ. В 2010 г. покупательная способность для населения трудоспособного возраста превышала среднероссийский уровень только в ЧАО, Магаданской и Сахалинской областях – 4,7, 4,4 и 4,0 против 3,6 в РФ, а в Хабаровском крае она составила 2,79, ЕАО – 3,09, Амурской области – 3,18. Для лиц пенсионного

возраста уровень покупательной способности превышал среднероссийский уровень только в Магаданской области – 1,65 против 1,62 (РФ) при минимальном уровне в Камчатском крае – 1,15.

Если сравнивать покупательную способность денежных доходов населения по отдельным продуктам питания, то объем продуктов, которые может позволить себе житель Дальнего Востока РФ значительно скромнее, чем у среднего россиянина. Преимущество у дальневосточников имеется только по одной позиции – замороженной рыбе (в целом, по России на среднедушевой номинальный доход можно приобрести 215 кг, тогда как в ДФО – 282 кг). Суровые климатические условия и продолжительный холодный период обуславливают необходимость особого характера питания с преимущественным упором на белковую пищу. В целом, по ДФО приобретение продуктов питания занимает 32,8 % от общего объема потребительских расходов.

ДФО отличается низкокачественным жилищным фондом как результат его освоения с минимальными затратами. В результате доля ветхого и аварийного жилья в половине регионов ДФО в 2-4,5 раза выше средней по стране: более 6 % жилого фонда в городах и населенных пунктах Дальнего Востока РФ находятся в ветхом (4,8 %) и аварийном (1,5 %) состоянии, в то время как по России в целом этот показатель едва превышает 3 %. Эта проблема особенно остра для северных районов зоны БАМа, где возводилось в основном временное жилье, которое в настоящее время имеет высокий износ. Степень износа основных фондов по коммунальным предприятиям Дальнего Востока РФ достигает в отдельных местностях 65-70 %, что существенно ухудшает условия комфортного проживания и создает дополнительную финансовую нагрузку как на потребительские бюджеты домашних хозяйств, так и на региональные бюджеты, которые вынуждены принимать экстренные меры по поддержанию жилого фонда и коммунальной инфраструктуры в минимальном функциональном состоянии.

Более высокий уровень цен и тарифов на Дальнем Востоке РФ, а также их ежегодное повышение обуславливают рост удельного веса расходов населения на оплату жилищно-коммунальных услуг, который в ДФО выше, чем в среднем по России. Если россиянин тратит на содержание жилья и оплату коммунальных услуг, в среднем, 11,3 % от общей суммы потребительских расходов, то житель Дальнего Востока РФ – 12,2 %. При этом, уровень возмещения населением затрат предприятиям ЖКХ по предоставлению жилищно-коммунальных услуг в ДФО значительно ниже и составляет всего 74 % против 91 % в целом по России. ДФО также лидирует по снижению площади построенного жилья: за период 1990–2004 гг. построено в 4,7 раза меньше, 1990–2008 гг. – в 2,75 раза. Причем основная часть жилья ДФО строится в Республике Саха (Якутия).

Но даже в этих сложных условиях в эксплуатацию ежегодно вводится всего 0,20-0,25 м² на человека, что в 4 раза меньше, чем требуется по нормативу. Высокий износ жилых домов, сохранение ветхого и аварийного жилья, низкие темпы жилищного строительства способствуют росту расходов населения, которое вынуждено поддерживать жилищные объекты в пригодном для жизни

состоянии. При этом, нагрузка на население по ремонту и содержанию жилья постоянно увеличивается, чему способствуют не только накопившиеся проблемы в жилищно-коммунальном хозяйстве, но и общее сокращение населения.

Трудовые ресурсы в условиях рынка. В условиях вхождения России в ВТО в 2012 г. большое значение для экономического развития территорий ДФО сегодня имеют миграционные процессы. В 2006 г. на Дальнем Востоке России впервые за 2000-е гг. проявились признаки обострения ситуации на рынке труда, вызванные спадом численности именно трудоспособного населения, при этом происходившие в фазе экономического роста в большинстве федеральных округов. В последующие годы тенденции снижения численности трудоспособного населения продолжились.

В силу своих возрастных и поведенческих особенностей, а также общественных потребностей принимающей стороны миграционная компонента воспроизводства населения призвана восполнять именно эту «недостачу». Однако заместить начавшуюся и увеличившуюся естественную убыль именно трудоспособной части населения миграцией, по крайней мере, ее зарегистрированной частью, в противоположность общей динамике численности населения становится все труднее. Статистические оценки миграционных процессов в России и странах бывшего СССР весьма затруднительны, поскольку численность международных мигрантов рассчитывалась как сумма двух слагаемых. Первое слагаемое – это число лиц, проживающих на момент Всесоюзной переписи населения 1989 г. на территории одной республики, но родившихся в другой. Второе слагаемое – сумма ежегодных потоков между бывшими союзными республиками за период с 1990 по 2000 г.⁸

Происходящие в последние годы геополитические перемены заставили вернуться к основам миграционной статистики и ответить на поставленные жизнью вопросы: каким образом исчислять объемы накопленной миграции между частями некогда единых стран, относить ли таких мигрантов к числу международных и т. д.⁹ Не так давно Отдел народонаселения ООН опубликовал отчет, в котором говорилось следующее: США являются крупнейшим реципиентом международных мигрантов, имея 35 млн постоянно проживающих мигрантов на своей территории в 2000 г. За ними следуют Российская Федерация (13 млн), Германия (7 млн), Украина, Франция и Индия.¹⁰ По мнению многих специалистов, процессы международной миграции в современных условиях будут только расти.¹¹

В этой связи, очень важной была бы оценка миграционных тенденций внутри России, в частности перспективы миграции из центральных округов в ДФО. Переезд в Восточную Сибирь и на Дальний Восток обозначается во многих современных государственных документах как необходимый шаг в полити-

⁸ Keiko Osaki. The International Migrant Stock: a Global View. Paper presented at the IOM seminar «Approaches to Data Collection and Data Management», Geneva 8-9 September, 2003, IOM website

⁹ Чудиновских О.С. Вопросы статистики, 2005, № 11, С. 46–52.

¹⁰ UN DESA, Trends in total migrant stock: the 2003 revision.

¹¹ Enrico Bisogno, Presentation «International migration: practices of 2000 Round and issues for 2010». UNFPA-UNECE-NIDI Training Programme on International Migration 24-28 January 2005.

ке «нового освоения Сибири и Дальнего Востока»¹², но проведенный анализ показал, что для безработных европейской части страны переезд на Дальний Восток абсолютно непривлекателен. Если средний уровень запрашиваемой зарплаты для «вообще переселения» в другой регион страны составил 38,1 тыс. рублей (текущий уровень зарплаты для среднего респондента – 9,6 тыс. рублей), то для переселения в Восточную Сибирь и на Дальний Восток – 66,1 тыс. рублей.¹³

Что же относительно мигрантов из-за рубежа (Китай, Северная Корея, Вьетнам и некоторые республики бывшего СССР), то основные сферы деятельности легально трудоустроенных лиц меняются в небольшой степени – это строительство и торговля.¹⁴ По статистике в них занято почти 2/3 мигрантов. Данные выборочных обследований мигрантов позволяют утверждать, что реальная значимость этих двух отраслей, а также сферы услуг может быть даже несколько больше, чем официально фиксируемая, так как именно в этих отраслях выше доля нелегальных мигрантов.

В действительности в последние годы приток, например, китайских мигрантов наблюдается в непроизводственные отрасли: торговлю и обслуживание населения. Именно здесь преобладают предприятия негосударственного сектора – мелкие и средние, большая часть деятельности которых уходит в теневую экономику. Таким образом, сложились два самостоятельных рынка труда – контролируемый государственный и неконтролируемый «скрытый» рынок, где находят применение нелегальные китайские мигранты. Многие зарегистрированные китайские компании служат официальным прикрытием для теневой деятельности, так как их сотрудники занимаются деятельностью, не имеющей ничего общего с продекларированной в уставах.

По мнению экспертов, полностью переносить на китайских мигрантов ответственность за криминальную, санитарно-эпидемиологическую обстановку, социальную напряженность и экономический кризис на Дальнем Востоке в целом нельзя. Хотя негативные последствия их деятельности очевидны. Однако основой региональных проблем является коррумпированность местных администраций, представителей силовых органов, контролирующих инстанций и служб, а также экономический интерес местных предпринимателей, использующих дешевую рабочую силу. Немалую лепту в формирование проблем вносит и заинтересованность обнищавшего населения в приобретении дешевых китайских товаров и услуг и всеобщая неразбериха в виде слабого миграционного контроля, направленного на регулирование привлечения и использования иностранной рабочей силы.

¹² Раздел «Пространственное развитие» в «Стратегии долгосрочного развития до 2020 года», подготовленный Минрегионом в 2006 г.

¹³ Обследование безработных и лиц, ищущих работу, проводилось в рамках госконтракта с Рострудом «Разработка модели организации трудоустройства в другой местности граждан, ищущих работу, органами государственной службы занятости и рекомендации по ее администрированию» авторским коллективом сотрудников Института демографии ГУ-ВШЭ и РЭШ. Обработаны анкеты 425 респондентов, проживавших в разных типах поселений 11 российских регионов. (Прим. авторов).

¹⁴ Глущенко Г.И. Влияние международной трудовой миграции на развитие мирового и национального хозяйства. М.: ИИЦ «Статистика России», 2006.

В условиях формирующейся рыночной экономики собственникам предприятий и бизнес структурам для минимизации издержек выгодно завозить дешевые трудовые ресурсы из сопредельных Дальнему Востоку стран АТР (Китай, Северная Корея и Вьетнам), не неся обременительных обязательств по их социальному обеспечению, медицинскому страхованию и др.¹⁵ Естественно, в краткосрочной перспективе поддерживать и развивать собственные трудовые ресурсы и их качество региональному бизнесу пока невыгодно. Однако в отдаленной перспективе без этих издержек не обойтись, поскольку экономическое диверсификационное развитие региона в условиях нарастающей конкуренции на рынках АТР потребует трудовые ресурсы более высокого качества, чем качество ввозимых в настоящее время.¹⁶

Что же относительно эмиграции с Дальнего Востока, то ее реальные масштабы, к сожалению, учитываются слабо. В статистике временной трудовой миграции за границу присутствуют в основном моряки, трудоустраивающиеся на суда Либерии, Антигуа и Барбуды или Мальты. Через статистику выбытий, публикуемую Росстатом, проходят только выезды на ПМЖ, которых год от года становится все меньше, возрастная структура таких потоков стареет, этнический профиль все более размывается (нееврейский, как это было в начале 1990-х гг.¹⁷ и ненемецкий, каким он являлся во второй половине 1990-х – начале 2000-х гг.¹⁸, а смешанный, с русской доминантой). Квалифицированные специалисты уезжают сейчас в основном по рабочим визам, эти визы не попадают в статистику выездов на постоянное место жительства. Кроме того, выезжающие в США по грин-картам довольно часто сохраняют российское гражданство. То же порой относится и к гражданам России, переселяющимся в Китай.

В условиях высоких цен на недвижимость в субъектах РФ ДФО, сложившихся в последние годы, и при необязательности требований принимающих сторон доказать отсутствие источников для существования граждан российского происхождения, некоторые граждане России переезжают на постоянное место жительства в КНР и Южную Корею, в такие города, как Хэйхэ, Тунцзян, Хэган, Харбин, Пусан и др. Эти эмигранты-дальневосточники из приграничных городов – Биробиджана, Благовещенска, Владивостока, Уссурийска, Хабаровска и др., предпочитают сдавать в аренду свое жилье и не сниматься с учета по месту жительства в России. Эти, пока немногочисленные случаи, не имеют отчетливого тренда к росту, однако «тонкость» данного вопроса требует пристального изучения, поскольку одна часть из этих «переселенцев» являются российскими пенсионерами, а другая – лица трудоспособного возраста, принимающие участие в приграничных экономических процессах. Именно это часть «переселенцев» довольно часто вступает в брачные отношения, формируя

¹⁵ Константин Ромадановский. Иностранцы строят пол-России, а мы гордимся ее преображением // Профиль. 2008. 4 февраля.

¹⁶ Мау В., Яновский К. Политические и правовые факторы экономического роста в российских регионах // Вопросы экономики. – 2001. - № 11. – С. 17–33.

¹⁷ Тольц М. Постсоветские евреи в современном мире // Демоскоп Weekly. 2007. № 303.
<http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0303/tema02.php>

¹⁸ Карачурина Л. Иммиграционная политика Германии: успешный и неуспешный опыт // Мировая экономика и международные отношения. 2008. № 7. С. 50–60.

предпосылки для организации семейного бизнеса. Таким образом, интеграционные процессы даже за пределами экономики региона, довольно часто стихийно, на бытовом уровне начались.

В этой связи, основная цель экономической интеграции российского Дальнего Востока в АТР может быть определена как создание в перспективе интегрированного экономического пространства с экономиками сопредельных стран и территорий Восточной Азии.¹⁹ Учитывая, что подобная задача ставится впервые, необходима смена парадигмы стратегического развития Дальнего Востока. Суть этого изменения заключается в том, что Россия в начале нынешнего столетия должна ускоренными темпами интегрироваться в АТР через дальневосточные территории. При этом геополитическая роль региона, заключающаяся в преимущественно народнохозяйственной специализации на внутреннем рынке и обеспечении военно-политического присутствия в АТР, должна претерпеть определенные изменения.²⁰

Для Дальнего Востока его богатый природно-ресурсный потенциал всегда рассматривался в качестве естественной основы экономической деятельности. Поэтому ориентация региона на сырьевой тип представлялась естественным путем развития. Однако, учитывая экономико-географическое положение ДФО, сложившуюся в нем производственную структуру, проблемы обеспечения финансовых ресурсов развития, а также реалии советской экономики на востоке формировался ресурсный тип развития региона, подчиненный глобальным общегосударственным целям. В результате в регионе сложился «колониальный» тип экономики и поэтому вопрос формирования стратегии развития Дальнего Востока и выбора наиболее эффективного пути развития постоянно дискутировался. В зависимости от ситуации в регионе и в стране в целом время от времени на первый план выдвигались проблемы индустриального развития региона и даже его переспециализации (Заусаев В.К. и соавт., 1999).

Общэкономический кризис, распад СССР и вместе с ним централизованной системы планирования и управления привели к тому, что последствия политических и социально-экономических реформ оказали значительное негативное влияние на население Дальнего Востока. Неконтролируемый рост цен на товары и услуги, опережающий уровень заработной платы, рост стоимости коммунальных услуг, транспортных тарифов и др. привели к снижению общего жизненного уровня населения. В регионе накопилась так называемая «социальная усталость». Результатом стало увеличение миграции населения, в своем большинстве – за пределы ДФО и «потеря» более полутора миллионов населения. Для Дальнего Востока России эти показатели носят катастрофический характер, т. к. это потери макрорегионом одного из важнейших видов экономических ресурсов – трудовых, и, следовательно, ограничение возможных вариантов развития региона в будущем (Заусаев В.К., Быстрицкий С.П., Мот-

¹⁹ Лексин В.Н., Швецов А.Н. Общероссийские реформы и территориальное развитие. Статья 8. Депрессивные территории: прежние проблемы и новые варианты их решения // Российский экономический журнал, 2001. – № 9. – С. 35–63.

²⁰ Быстрицкий С.П., Заусаев В.К. Институциональные факторы развития внешнеэкономического комплекса на Дальнем Востоке // Азиатско-Тихоокеанский регион: экономика, политика, право. – 2006. – № 1 – С. 49–56.

рич Е.Л., 2007). Одновременно с миграцией (в первую очередь, социально и экономически активного населения) выросла заболеваемость, смертность и инвалидизация населения Дальнего Востока, что и еще более ухудшает и без того тяжелую ситуацию с собственными трудовыми ресурсами (Пригорнев В.Б. с соавт., 2003).

Социальный груз роста заболеваемости, смертности, инвалидности, увеличения удельного веса людей старше трудоспособного возраста в структуре населения – это стимуляторы ввоза трудовых ресурсов из-за рубежа. И наиболее простым вариантом решения проблемы дефицита рабочей силы авторам различных программ развития Дальнего Востока России видится китайская иммиграция. Это тем более важно, что особенности территорий накладывают свой отпечаток на состояние здоровья проживающего здесь населения. В суровых климатических условиях Сибири и Севера Дальнего Востока по сравнению с другими климатическими зонами многие заболевания характеризуются более ранним началом, неспецифичностью симптоматики, большей распространенностью нарушений функционального состояния организма. Сам по себе климат северного региона и воздействие на человека множества присущих ему факторов требуют от человека высокого физиологического и социального напряжения (Овчаров В.К., 1999; Максимов Е.К. и соавт., 2000; Дьяченко В.Г. и соавт., 2001).

В то же время, за последние двадцать лет НИОКР, посвященных изучению состояния здоровья пришлого населения ДФО и возможностей его адаптации, проведено не было. Не было сделано и других попыток системного комплексного изучения влияния климато-географических и социально-гигиенических условий проживания населения в Дальневосточном федеральном округе. Тем более, что властям региона в последние годы было не до стратегического планирования, все ресурсы были направлены на выживание.

По мнению заместителя директора ИЭИ ДВО РАН проф. С.Н. Леонова²¹ в рамках реализации опережающей стратегии развития Дальнего Востока России могут быть выделены два основных сценария, условно идентифицируемые как ресурсно-транзитный (инерционный) и инновационно-освоенческий. При этом предполагается, что реально экономическое развитие ДФО может осуществляться по некоторому промежуточному варианту, концентрирующему в себе отдельные особенности обоих вышеуказанных сценариев.

Следует отметить, что инновационно-освоенческий сценарий более привлекательный с точки зрения позитивного изменения качества роста ВРП Дальнего Востока (2,9 раза за период 2007–2020 гг. и 2 раза за период 2021–2030 гг.). Согласно этому сценарию в северной зоне ДФО предусматривается возможность перехода к вахтовому освоению и эксплуатации природных ресурсов и самой территории. Это позволит реально снизить социальную и коммуналь-

²¹ Леонов С.Н. «Сценарии и показатели долгосрочного социально-экономического развития Дальнего Востока». Материалы научно-практической конференции «Долгосрочная стратегия развития Российского Дальнего Востока» 4 декабря 2007 г., г. Хабаровск.

ную нагрузку на наиболее уязвимую северную зону региона и на его бюджетную систему, одновременно увеличив эффективность и комфортность освоения ресурсов Дальнего Востока России.

Переход к вахтовому способу развития природно-ресурсного сектора предполагает формирование в ДФО системы опорных городов с выведением коммунальных, культурных, образовательных, медицинских, экологических условий проживания в них на уровень лучших международных стандартов. Первая очередь опорных городов будет представлена городами Владивосток, Хабаровск, Биробиджан. Вторая «очередь» может включать города Благовещенск, Якутск, Петропавловск-Камчатский, Комсомольск-на-Амуре, Южно-Сахалинск, Магадан, Находка. Развитие мощной системы опорных городов в регионе, дополненное многоотраслевой транспортной инфраструктурой, отвечает концепции формирования Амурской промышленно-сервисной дуги в южной части тихоокеанской России. Мультипликативный эффект для инновационного развития региона может обеспечить мобилизация внешнеэкономических связей Дальнего Востока в части формирования производственно-кооперационных и инвестиционных зон приграничного сотрудничества в форме технопарков, зон свободной торговли и специальных экономических зон.

Реализация названной концепции учитывает, что фактически именно юг Дальнего Востока обладает всеми основными элементами механизма генерации инноваций: вузовская система; фундаментальная и прикладная наука; исследования и разработки; инфраструктура и др. Существующие потенциальные инновационные центры юга Дальнего Востока (Хабаровск, Комсомольск, Владивосток) – это «старые» центры, созданные до кризиса 1990-х годов, в советское время. Здесь же сосредоточены основные школы подготовки кадров. Специализация научных центров близка к отраслевой структуре высокотехнологического оборонно-промышленного комплекса. Именно в них или рядом с ними будет продолжено создание особых экономических зон технико-внедренческого типа, технопарков и бизнес-инкубаторов.

Таким образом, исходя из поставленных концепцией инновационного развития региона задач, в качестве основного сценария экономического развития Дальнего Востока России следует рассматривать инновационно-освоенческий сценарий. Поэтому в целях сохранения, восстановления и роста численности населения в стратегическом плане необходима реальная активизация экономической и социальной жизни региона. Для его реализации необходимо формирование государственных гарантий по повышенным нормативам воспроизводства человека, его здоровья, образовательных и духовных потребностей, соответствующих региональной специфике в сочетании с четкой протекционистской политикой. В противном случае при самом высоком уровне внутренних и внешних инвестиций в развитие региона их эффективность будет минимальной, а территории ДФО будут все дальше и дальше отдаляться от центральной России.²²

²² Дьяченко В.Г., Горлач О.А.. Здравоохранение Техноэкополиса Комсомольск-Амурск-Солнечный. Настоящее и будущее. Комсомольск-на-Амуре: Издательский центр «КНААПО». – 494 с.

3.3. Численность и структура населения, миграционная активность

Наблюдаемый в последние годы заметный рост экономической мощи и геополитического влияния Китая справедливо привлекает все более пристальное внимание специалистов и мировой общественности. Глубокие поступательные изменения, которыми вот уже скоро три десятилетия живет великий дальневосточный сосед России, порождают закономерные вопросы о природе и цене его достижений, дальнейших путях развития, перспективах российско-китайских отношений. Ответы на эти вопросы имеют не только познавательное, научное, но и прямое практическое значение для международных интересов России. Без преувеличения можно утверждать, что успехи КНР в различных сферах экономического и социально-культурного развития за последние три десятилетия носят феноменальный характер и стали важнейшим фактором мировой политики и международных отношений.²³ Что же относительно Дальнего Востока России, то эта провинция испытывает все нарастающее демографическое давление своего южного соседа, отрицательно сказывающееся на формировании перспектив самостоятельной стратегии экономического развития региона из-за формирующегося дефицита собственных трудовых ресурсов.

Ретроспективный анализ демографического развития показал, что до середины 1980-х гг. формирование населения Дальнего Востока поддерживалось государственной заинтересованностью в ускоренном развитии производительных сил региона. В результате регион имел такие высокие темпы прироста населения, каких не было ни в одном из экономических районов России. За 1926–1985 гг. численность населения Дальнего Востока увеличилась в 4,8 раза. С началом экономических реформ 1990-х годов государство, по существу, отказалось от своих обязательств в отношении какой-либо концентрированной экономической политики на Дальнем Востоке. Регион утратил приоритеты в социальной сфере, потерял свою привлекательность для мигрантов, а проживающее в регионе население отреагировало изменением своего миграционного и репродуктивного поведения.

Дальний Восток России быстрее и в большем размере отреагировал на рыночные преобразования неолибералов сокращением численности населения, темп убыли которой в 90-х годах в 5-6 раз был выше, чем в Российской Федерации (табл. 12). Результатом этих тенденций является резкий дефицит трудовых ресурсов и значительное увеличение демографической нагрузки на трудоспособное население, особенно в северных территориях.

Последняя максимальная численность населения ДФО – 8 065,9 тыс. чел. была зарегистрирована на 1 января 1991 г. С этого времени сокращение численности населения из-за миграционного оттока стало стабильным процессом. Но грань, отделяющая население региона от депопуляции, была преодолена в 1993 г., когда население Дальнего Востока России стало уменьшаться не только из-за миграционного оттока, но и за счет естественной убыли.

²³ Чжунго тунци чжайяо (Краткая статистика Китая). – Пекин. 2009. – С. 19, 23.

Таблица 12

**Динамика численности населения России и Дальнего Востока
(1970–2011 гг.)**

Год	Численность постоянного населения (тыс. чел.)		Средний ежегодный темп прироста (убыли) численности населения (в %)	
	Дальний Восток	Россия	Дальний Восток	Россия
1970	5 780	130 079		
1979	6 819	137 551	+17,9	+5,7
1989	7 941	147 400	+16,4	+7,1
1990	8 054,2	147 662	+ 14,2	+ 1,7
1991	8 065,9	148 164,0	+ 0,14	+ 0,2
1992	8 041,9	148 325,6	– 0,3	+ 0,3
1993	7 900,0	148 294,7	– 1,8	– 0,02
1994	7 797,6	147 997,1	– 1,3	– 0,2
1995	7 634,7	147 938,5	– 2,1	– 0,04
1996	7 514,0	147 608,8	– 1,6	– 0,22
1997	7 430,8	147 137,2	– 1,1	– 0,31
1998	7 345,6	146 739,4	– 1,1	– 0,27
1999	7 260,6	146 327,6	– 1,2	– 0,28
2000	7 168,2	145 559,2	– 1,3	– 0,52
2001	7 107,0	144 819,1	– 0,9	– 0,5
2005	6 570,0	143 474,2	– 0,52	– 0,18
2006	6 527,9	142 753,5	– 0,5	– 0,37
2007	6 497,7	142 221,0	– 0,4	– 0,15
2008	6 473,2	142 008,8	– 0,3	– 0,07
2009	6 460,0	141 904,0	– 0,3	0,01
2010	6 293,0	141 914,5	– 2,6	0,007
2011	6 284,0	142 905,2	– 0,2	0,7
2011/1990 в %			–22,0	–3,3

Источник: данные официального сайта Федеральной службы государственной статистики РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

В последнее десятилетие XX века в нашей стране коренным образом изменилась демографическая ситуация. Большинство исследователей она оценивается как угрожающая национальной безопасности страны, ее политической, экономической и государственной составляющим. В связи с быстрым сокращением населения России демографический фактор приобрел значение важнейшего геополитического, стратегического и, более того, основополагающего фактора, определяющего будущее страны.

Наиболее важными в демографической ситуации Дальневосточного региона представляются два аспекта: экономический, что находит свое выражение в сокращении прироста трудовых ресурсов и собственно демографический. За период с 1990 по 2011 гг. численность населения Дальнего Востока России

сократилась на 1770,2 тыс. человек или 22 %, Российской Федерации – на 3,3 %.

Согласно данным всероссийской переписи населения 2002 года в Дальневосточном федеральном округе на 9 октября 2002 г. проживало 6 млн. 692 тыс. 865 чел., что составляло 4,61 % населения Российской Федерации. Согласно данным всероссийской переписи населения 2010 года в округе проживало 6 млн. 291 тыс. 900 чел. Таким образом, за 8 лет население ДФО сократилось еще на 400 тыс. человек. В настоящее время процесс депопуляции замедлился, но не остановился. Основной причиной демографических потерь является миграционный отток населения

За период 1990–2011 гг. население Чукотского автономного округа уменьшилось в 3,2 раза, Магаданской области – в 2,5 раза, Камчатского края – в 1,5 раза, Сахалинской области – 1,4 раза (табл. 13).

Таблица 13

**Динамика изменения численности населения в субъектах ДФО
в 1990 – 2010 гг. (тыс. чел.)**

Субъект РФ	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2011	Темп прироста 2011/1990 %
Республика Саха (Якутия)	1 115,2	1 028,7	960,0	950,3	949,9	950,7	950,6	950,0	958,3	-14,1
Камчатский край	477,7	414,0	369,4	350,7	348,2	346,4	344,6	344	321,7	-33,1
Приморский край	2 303,2	2 254,0	2 130,7	2 027,7	2 012,7	2 000,8	1 991,9	1 988,0	1 956,4	-15,1
Хабаровский край	1 622,2	1 555,2	1 466,9	1 416,3	1 408,9	1 404,6	1 402,8	1 402,0	1 344,2	-17,2
Амурская область	1 054,8	990,7	929,3	884,3	877,8	872,1	867,0	864,0	829,2	-21,4
Магаданская область	387,4	253,5	198,0	173,1	170,1	167,2	164,4	163,0	156,9	-59,4
Сахалинская область	714,7	644,7	564,6	529,3	523,7	519,9	516,5	514,0	497,8	-30,3
Еврейская авт. область	218,9	208,4	194,2	187,7	186,1	185,6	185,5	185,0	176,5	-19,4
Чукотский авт. округ	160,1	90,1	59,6	50,6	50,5	50,4	49,9	49,0	50,53	-68,4

В 2011 г. численность населения продолжала сокращаться во всех субъектах РФ ДФО за исключением Республики Саха (Якутия) и Чукотского автономного округа.

Сокращение населения на Дальнем Востоке угрожает национальной безопасности страны, особенно, если учесть динамичное развитие соседей (Ки-

тай, Япония, Республика Корея) на фоне ухудшения демографических показателей и невысоких социальных условий жизни населения региона. Большое давление на россиян Дальнего Востока оказывает высокая плотность заселения приграничных китайских областей (табл. 14), значительное количество легальных и нелегальных мигрантов. Неблагополучна и криминальная обстановка. Например, в расчете на 100 тысяч человек населения, в 2005 г. в Хабаровском крае было совершено преступлений, связанных с насильственными действиями в отношении граждан, в 20,8 раз больше чем в Республике Ингушетия и в 2,4 раза больше чем в Московской области.

Таблица 14

Сравнительная характеристика демографических показателей²⁴

Регион	Население, млн чел	Плотность населения чел./км ²	Коэффициент смертности на 1 000	Коэффициент естественного прироста населения на 1 000	Средняя ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении, лет
Приморский край	4,44 на 01.01.2009	3,3	14,5	-3,2	59,75
Хабаровский край			14,0	-1,8	59,21
Амурская область			15,1	-2,2	57,78
Еврейская автономная область			15,3	-1,4	57,02
Хейлуцзян	65,5	101	5,7	+2,2	70,4
Дзилинь			5,0	+1,6	71,4

Для анализа взаимосвязи между экономическим ростом и демографическими изменениями чисто количественный подход недостаточен. В XXI в. качественный подход позволяет выявить соответствие между имеющимися людскими ресурсами, потребностями в рабочей силе и возможными последствиями демографических изменений для экономического роста, предпринимательства и профессиональной подготовки.

На Дальнем Востоке проживает более демографически молодое население, чем в целом в России: доля лиц старше трудоспособного возраста составляет в 2010 г. 18,2 % против 21,6 % в Российской Федерации. Однако с учетом тенденций медико-демографических процессов уже к 2016 г. данная ситуация изменится кардинально.

При стабильной доле трудоспособного населения в общей численности населения Дальнего Востока в пределах 60-65 % (2010 г. – 64,3 %, в России – 62,3 %), идет его абсолютная убыль – только за период 1991–2010 гг. на 17,5 % или более 800 тыс. чел. При этом Дальневосточный федеральный округ в числе лидеров по приросту доли населения старше трудоспособного возраста. Удель-

²⁴ Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. – М.: РУСАКИ, 2010, С. 291.

ный вес данной категории в возрастной структуре населения вырос к 2009 г. против 1991 г. на 56 % (по России – только на 3 %). В реальной ситуации в ДФО с 2001 года сформировалась устойчивая тенденция снижения численности трудоспособного населения и рост числа лиц старше трудоспособного возраста (рис.).

В настоящее время 12,9 % жителей России, или почти каждый восьмой россиянин находится в возрасте 65 лет и более, в то время как, согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и более во всем населении превышает 7 %.²⁵

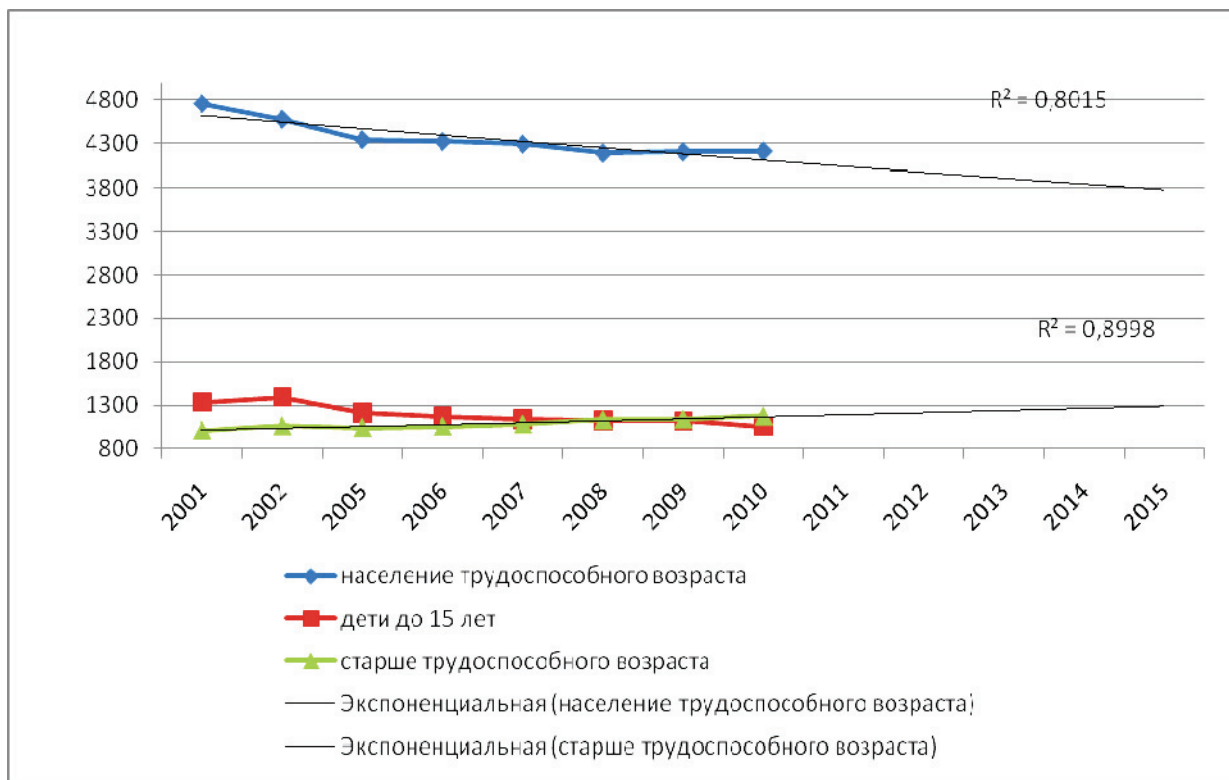


Рис. 6. Динамика численности лиц различных возрастных групп в ДФО за период 1991–2011 г. и прогноз до 2015 г. (тыс. чел.)

Доля лиц старше 65 лет в ДФО также стабильно увеличивается. Если в 1979 г. она составляла 4,8 %, то в 1989 г. – 5,0 %, в 1999 г. – 7,3 %, в 2000 г. – 7,5 %, в 2010 г. – 9,3 %. Таким образом, в Дальневосточном округе происходит прогрессирующее старение населения. Постарение населения в недалеком будущем может привести к увеличению демографической нагрузки на тех, кто занят трудовой деятельностью. На Дальнем Востоке этот показатель в 2002 г. достиг 543 человека нетрудоспособного возраста на каждую 1 000 населения в трудоспособном возрасте, в 2010 г. – 556, а к началу 2016 г. он может увеличиться до 669 нетрудоспособных.

²⁵ Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. – 320 с.

При таком соотношении занятого населения и иждивенцев трудно будет обеспечить достойную жизнь проживающему в регионе населению. Особую тревогу вызывает резкое сокращение детского населения (табл. 15). Несмотря на то, что его доля в структуре населения Дальнего Востока несколько выше, чем в Российской Федерации: в 2010 г. 17,5 % против 16,1 % соответственно, с 2001 г. численность детей ДФО в возрасте до 15 лет сократилось на 21,1% (на 280,687 тыс. детей) против 12,8 % в Российской Федерации. В большей степени пострадали северные территории: в Республике Саха (Якутия), Магаданской области детей до 15 лет стало меньше почти в 1,5 раза, в ЧАО – на 28,9%.

Таблица 15

Динамика численности детского населения в возрасте до 15 лет в РФ и субъектах РФ ДФО в 2001-2010 гг. (тыс. человек)

Территория	2001	2010	2011/2001 гг., %
Российская Федерация	25 466,3	22 208,0	87,2
ДФО	1 335,9	1 055,213	78,9
Республика Саха (Якутия)	242,0	152,047	62,8
Камчатский край	66,3	53,881	81,3
Приморский край	373	290,125	77,8
Хабаровский край	267	211,658	79,2
Амурская область	189,5	145,316	76,7
Магаданская область	39,6	25,871	65,3
Сахалинская область	104,7	80,589	76,9
Еврейская авт. область	39,1	31,482	80,5
Чукотский авт. округ	14,1	10,108	71,7

Изменение возрастной структуры населения Дальневосточного федерального округа с формированием регрессивного типа к 2016 г. может привести к снижению численности лиц, вступающих в трудоспособный возраст и сокращению населения трудоспособного возраста на 20-24 %. Сокращение населения в возрасте моложе трудоспособного – это, в перспективе, – уменьшение населения в репродуктивном возрасте, сокращение экономически активного населения со всеми вытекающими социально-экономическими и геополитическими последствиями.

Основными причинами снижения численности населения Дальневосточного федерального округа с начала 90-х годов являются естественная и механическая убыль населения.

В 80-х гг. XX в. на Дальнем Востоке значительно снизилась роль миграционных процессов в формировании демографического и трудового потенциала.

Миграция населения на Дальнем Востоке в отличие от других территорий России характеризовалась на протяжении ряда десятилетий (1920–1970 гг.) двумя основными особенностями. Во-первых, достаточно высоким объемом миграции, во-вторых, низкой ее результативностью.²⁶

²⁶ Мотрич Е.Л. Население Дальнего Востока России. Владивосток–Хабаровск, ДВО РАН, 2006. – 224 с.

Наиболее благоприятными с точки зрения миграционного прироста были 70-е годы (+ 329,0 тыс. чел), когда развертывалось строительство Байкало-Амурской магистрали, формировались территориально-производственные комплексы, а главное, – другие территории страны могли перераспределять трудовые ресурсы в пользу Дальнего Востока.

В последующие годы в результате рыночных реформ и усиления миграционной подвижности с 1992 г. все субъекты РФ ДФО теряют свое население. В период экономических преобразований неолибералов у многих дальневосточников обострилось чувство удаленности от центра из-за несовместимости доходов большинства населения с затратами на поездку в отпуск, на лечение, приобретение промышленных и продовольственных товаров и др., поскольку значительная часть трудоспособного населения, даже при наличии работы, перестала получать заработную плату. В этом – одна из важнейших причин оттока, сменившего постоянный приток населения в регион. Жить и работать в регионе стало занятием непрестижным, а самое главное – невыгодным.

К сожалению, миграционная ситуация продолжает оставаться сложной во всех без исключения субъектах РФ ДФО (табл. 16).

Таблица 16

Миграция населения субъектов РФ в ДФО в 2011 г., человек*

Территория	Число прибывших	Число выбывших	Миграционный прирост (+), убыль (-)
Российская Федерация	3 414 712	3 094 612	+320 100
Дальневосточный федеральный округ	187 335	205 101	-17 766
Республика Саха (Якутия)	26 390	36 199	-9 809
Камчатский край	8 236	9 867	-1 631
Приморский край	59 462	58 379	+1 083
Хабаровский край	39 708	37 866	+1 842
Амурская область	22 775	28 862	-6 087
Магаданская область	5 776	7 611	-1 835
Сахалинская область	16 957	17 137	-180
Еврейская авт. область	4 550	6 214	-1 664
Чукотский авт. округ	3 481	2 966	+515

**С 2011 г. в статистический учет долгосрочной миграции населения включены также лица, зарегистрированные по месту пребывания на срок 9 месяцев и более. Предварительные данные за январь-декабрь 2011 года.*

Источник: данные официального сайта Федеральной службы государственной статистики РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www. gks.ru](http://www.gks.ru)

Наращение миграционных процессов имело ряд негативных последствий. Так, выезд дальневосточников из районов нового освоения привел к разрушению трудового и демографического потенциала региона, потере адаптированного к экстремальным природно-климатическим условиям населения.

Смена места жительства негативно сказалась и на показателях здоровья детей мигрантов – несовершенные адаптационные механизмы детского организма требуют длительного периода для привыкания к новым природно-климатическим условиям.

В 2011 г. общая численность мигрантов в Российской Федерации зафиксирована на уровне 320,1 тыс. человек. Наибольший миграционный прирост зарегистрирован в ЦФО, СЗФО, ЮФО (5,6, 5,0 и 4,3 на 1 000 чел. соответственно), отрицательный – в Северо-Кавказском (-3,4 на 1 000 чел.) и ДФО (-2,8 на 1 000), из которого выехали свыше 17,7 тыс. человек. При этом из Республики Саха (Якутия) выехали 9 809 человек, из Камчатского края – 1 631 человек, Амурскую область покинули 6 087 человек, Магаданскую – 1 835 человека, Сахалинскую – 180 человек, Еврейскую автономную область – 1 664 человека. И только в Хабаровском крае численность за счет миграции в 2011 г. выросла на 1 842 человека, в Приморском – на 1 083 человека, в Чукотском автономном округе – на 515 человек, но это в большей мере исключение, чем правило и касается лиц переселившихся в региональные столицы.

Миграционный отток на Дальнем Востоке дополняет естественную убыль населения и способствует тем самым уменьшению продолжительности жизни и сокращению рождаемости, ускоряя, таким образом, общее сокращение численности населения.

Доминирующим фактором экономического развития Дальнего Востока фактически является добыча и продажа природных ресурсов, которая обусловила совершенно иную, нежели прежде, демографическую политику, уже не требующую большого числа постоянного населения в регионе. «Вахтовое» освоение природных ресурсов подкосило народонаселение небольших населенных пунктов и обусловило демографическую нестабильность в городах. Значительное сокращение вооруженных сил на Дальнем Востоке при дефиците рабочих мест привело к социально-экономическому коллапсу военных гарнизонов и оттоку их населения в западные регионы.

Выезд высококвалифицированных специалистов и въезд неквалифицированной рабочей силы (в основном из стран Азии) привели к ухудшению трудового потенциала. Нарастание миграционных процессов, включая нелегальную миграцию, приводит к нарастанию социальной напряженности, росту преступности, увеличению эпидемиологической опасности и росту безработицы.

Общие показатели естественного движения населения. На формирование воспроизводства населения решающее влияние через механизмы «демографического поведения» оказывает сложный комплекс социально – экономических факторов.

Общий коэффициент рождаемости на Дальнем Востоке традиционно выше, чем, в среднем, по Российской Федерации, что обусловлено, прежде всего, возрастной структурой населения, а также положительным миграционным сальдо в период его освоения: более высокий уровень жизни притягивал население, находящееся в репродуктивном и трудоспособном возрасте, что и сказалось на динамике рождаемости. Но если в 1970 г. уровень рождаемости на Дальнем Востоке превышал среднероссийский показатель на 22 %, то к 2011 г. разница сократилась до 4,7 %.

За период 1990–2011 гг. общий показатель рождаемости снизился в Российской Федерации на 6 %, в ДФО – на 14,3 % при сокращении абсолютного числа родившихся на треть (33 %). Коэффициент рождаемости уменьшился в Еврейской автономной области на 20,8 %, Приморском крае – на 18,5 %, Амурской области – на 16,7 %, Хабаровском крае – на 14,5 % (табл. 17). То есть сокращение рождаемости на Дальнем Востоке происходило более высокими темпами, чем в целом по России.

Среди субъектов ДФО наиболее высокий уровень общей рождаемости в 2011 г. имели Республика Саха (Якутия), Амурская область, Еврейская автономная область (табл. 17).

Таблица 17

**Динамика общей рождаемости в субъектах ДФО в 1990 – 2011 гг.
(на 1 000 населения)**

Территория	1990	1999	2000	2001	2006	2007	2008	2009	2011
РФ	13,4	8,3	8,3	9,1	10,4	11,3	12,1	12,4	12,6
ДФО	15,4	9,0	9,7	9,9	11,5	12,3	12,6	13,0	13,2
Республика Саха (Якутия)	19,4	13,0	13,5	13,6	14,4	16,1	16,2	16,8	17,1
Камчатский край	12,0	9,1	9,3	9,2	11,0	11,3	11,7	11,9	12,4
Приморский край	14,6	8,0	8,6	9,2	10,4	11,2	11,3	11,8	11,9
Хабаровский край	15,1	7,9	8,5	9,1	11,0	11,6	12,2	12,5	12,9
Амурская область	16,2	9,2	10,2	10,1	11,8	12,6	12,9	13,2	13,5
Магаданская область	13,8	8,8	9,7	8,6	10,7	10,9	10,9	12,1	11,5
Сахалинская область	14,2	8,9	9,2	9,0	11,2	11,8	12,3	12,1	11,8
Еврейская АО	17,8	9,3	9,5	10,6	12,1	13,0	13,9	13,2	14,1
Чукотский АО	13,8	9,0	9,7	10,6	15,3	15,9	15,1	14,2	13,7

Источник: данные официального сайта Федеральной службы государственной статистики РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www. gks.ru](http://www.gks.ru)

Следует отметить, что в 1999 г. на Дальнем Востоке России уровень рождаемости снизился катастрофически и был зарегистрирован самый низкий показатель за последние 40 лет. Если в 1990 г. число родившихся в регионе составляло 124,3 тыс. чел., то в 1999 г. оно снизилось до 64,5 тыс. чел., т.е. практически в два раза; число умерших же наоборот увеличилось с 66,0 тыс. чел. в 1990 г. до 86,9 тыс. чел. в 1999 г. Количество смертей в 2001 г. превышает число рождений на 23,3 тыс. или в 1,33 раза.

В 2007 г. зарегистрирован самый высокий темп прироста рождаемости за последние десятилетия: в РФ 8,6 %, а в ДФО – только 6,9 %, что было связано с вхождением в репродуктивный возраст достаточно многочисленных женщин, родившихся в 1985–1987 гг., и началом реализации новых мер государственной помощи семьям с детьми. Однако уже в 2009 г. он снизился до 2,4 и 3,2 %, соответственно, а в 2011 г. уровень рождаемости в ДФО остался на уровне 2010 г.

Учитывая тот факт, что с 2010 года в активный репродуктивный возраст вступило малочисленное поколение женщин, рожденных в 1990-х гг., прогнозировать сохранение тенденции роста рождаемости в будущем не имеет под собой достаточных теоретических оснований.

Главной проблемой демографического развития Дальнего Востока России продолжает оставаться высокая смертность (табл. 18).

Таблица 18

**Динамика показателя смертности населения в субъектах ДФО
(на 1 000 населения)**

Субъект РФ	Смертность						
	1990	2000	2005	2006	2009	2010	2011
Российская Федерация	11,2	15,3	16,1	15,2	14,2	14,6	13,5
Дальневосточный ФО	8,2	13,2	15,3	14,0	13,3	13,6	13,4
Республика Саха (Якутия)	6,7	9,7	10,2	9,7	9,9	10,0	9,3
Камчатский край	6,2	11,0	12,6	11,3	11,8	11,8	12,0
Приморский край	9,1	13,9	16,2	14,9	13,8	14,6	14,1
Хабаровский край	9,2	14,1	16,3	14,9	13,6	14,2	14,6
Амурская область	8,6	14,6	16,9	15,5	14,7	15,1	14,7
Магаданская область	5,6	11,8	13,6	13,2	13,2	13,2	12,9
Сахалинская область	8,1	13,4	17,4	15,0	14,5	14,4	14,1
Еврейская авт. область	9,1	14,5	17,9	16,0	14,8	15,7	15,3
Чукотский авт. округ	3,7	9,6	11,8	11,0	12,9	15,8	11,1

Смертность в ДФО в 1990–2010 гг. характеризовалась показателями, более низкими, чем по Российской Федерации в целом, что обусловлено более демографически молодым населением (рис. 7.). В 2011 г. ситуация изменилась и общий показатель смертности превышал российский уровень в ЕАО (15,3 на 1 000) на 13,3 %, в Амурской области – на 8,8 %, Хабаровском крае – на 8,1 %.

Анализ показателя наглядности (уровень смертности 1990 г. принят за 100 %) показывает, что максимальный рост показателя отмечен в 2006 г. – в РФ на 37,5 %, в ДФО – на 70 %. В 2011 г. показатель смертности превышал уровень 1990 г. в ЧАО – в 3 раза, в Магаданской области – в 2,3 раза, в Камчатском крае – в 1,9 раза, в Сахалинской, Амурской областях, ЕАО – в 1,7 раза, в Хабаровском крае – 1,6 раза.

В то же время анализ динамики данного показателя в длительном временном периоде (с 1970 по 2010 гг.) показывает на формирование отчетливого положительного тренда показателя общей смертности в ДФО, несмотря на то, что с 2005 года его уровень несколько снизился (рис. 8).

Основной причиной общей смертности населения ДФО в XXI веке, как и всего населения РФ, являлись болезни системы кровообращения (52,7 % и 57,1 % соответственно). Удельный вес новообразований как причины смерти не имеет существенных различий, тогда как доля внешних причин в структуре смерти населения ДФО значительно выше (16,1 %) показателя РФ (11,8 %). Обращает на себя внимание высокий уровень смертности населения ДФО от инфекционных и паразитарных болезней – 34,7 на 100 тыс. (РФ – 24,3 %), из них туберкулез составлял 27,0 на 100 тыс. (РФ – 17,9 %), болезней органов пищеварения – 72,3 на 100 тыс. (РФ – 63,7 %).

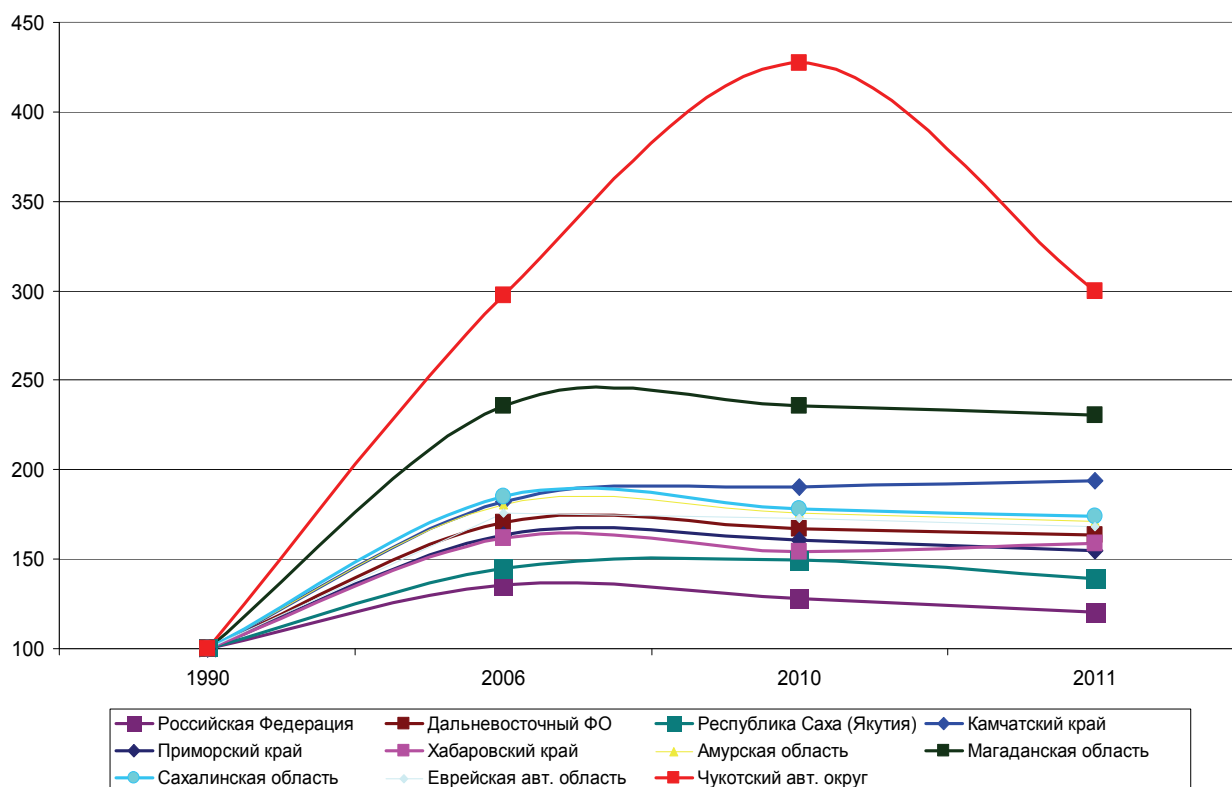


Рис. 7. Показатель наглядности динамика общей смертности населения в субъектах ДФО (1990 г. – 100 %)

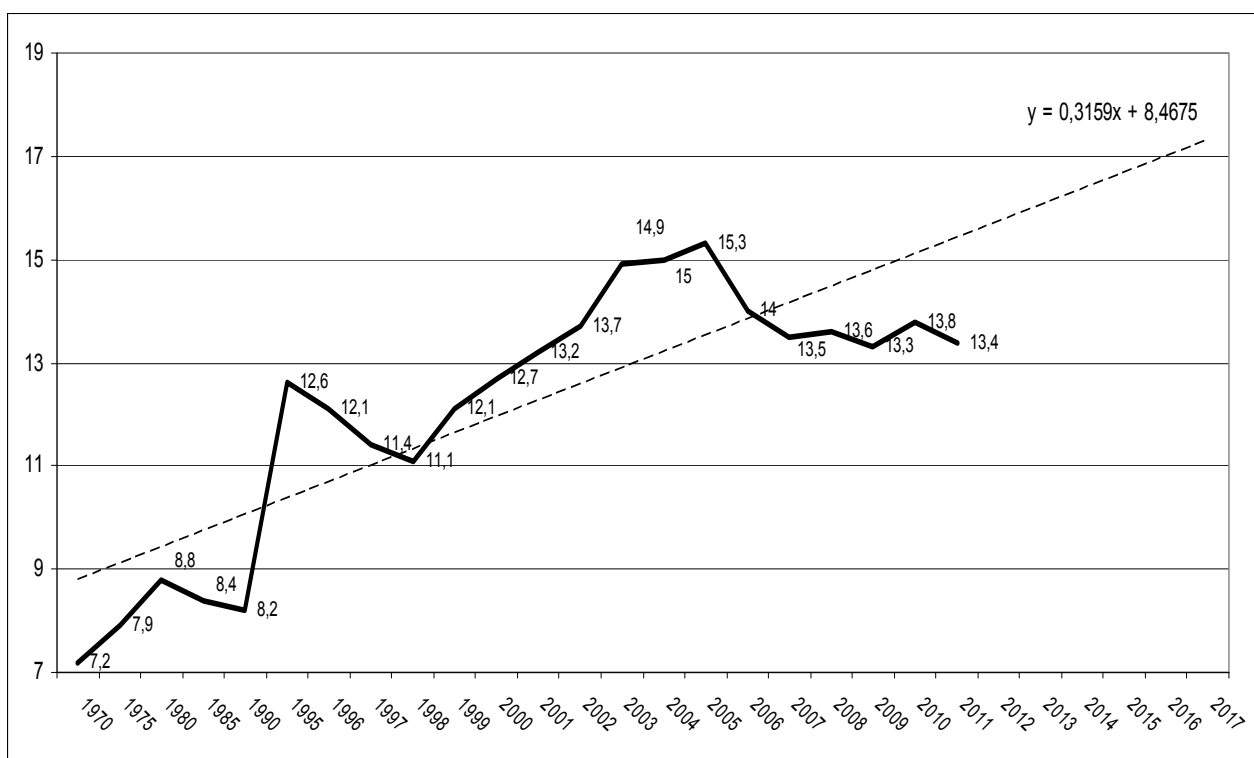


Рис. 8. Показатель общей смертности в ДФО в 1970-2010 гг.
(число умерших на 1 000 человек населения)

В 2011 г. естественная убыль населения ДФО составила 1 322 человека или -0,2 на 1 000 человек – это наименьший показатель за последние 20 лет (табл. 19).

Таблица 19

**Показатели естественного движения населения в 2011 г. в субъектах
Дальневосточного федерального округа**

Территория	Родившиеся	Умершие	Естественный прирост (+), убыль (-)
ДФО	83 030	84 352	-1 322
Респ. Саха (Якутия)	16 418	8 956	+7 462
Камчатский край	3 989	3 867	+122
Приморский край	23 271	27 492	-4 221
Хабаровский край	17 352	19 545	-2 193
Амурская область	11 188	12 201	-1 013
Магаданская область	1 801	2 019	-218
Сахалинская область	5 839	7 009	-1 170
Еврейская авт. область	2 480	2 704	-224
Чукотский авт. округ	692	559	+133

В 2011 г. по сравнению с 2010 г. показатель естественной убыли населения в РФ снизился на 50 %, в ДФО – в 3 раза. Положительный естественный прирост зарегистрирован в Республике Саха (Якутия) (7,8 на 1 000), Камчатском крае (0,4), ЧАО (2,6). Высокий показатель убыли населения сохраняется в Сахалинской области (-2,3), Приморском (-2,2), Хабаровском краях (-1,7).

На этом фоне Дальний Восток России в условиях рынка потерял часть машиностроения и легкую промышленность. Пока еще держится пищевая отрасль, однако со временем, может и не выдержит конкуренции с Китайскими производителями. Развитие экономики региона в рыночных условиях оправдывает неолиберальную концепцию развития. Дальний Восток – это источник сырья (нефть, газ, рыба, руда и др.), а все остальное – транзитный транспорт.

Такая экономика предполагает отнюдь не оптимальную половозрастную структуру населения. Женщины в такой экономике не нужны, пенсионеры и дети тоже. Значит, дальневосточников следует переселить за Урал, а здесь оставить вахтовиков. Кстати, в некоторых современных вариантах реализации освоения новых месторождений полезных ископаемых в ДФО именно такой вариант вахтового метода уже работает. Он полностью исключает опору инновационного развития региона на постоянное население. И получается, что самый эффективный проект для России на Дальнем Востоке – сдать его в долгосрочную концессию зарубежным странам. И ДФО все больше скатывается к этому сценарию. Но тогда регион уже экономически не будет российским. Анализ долгосрочной динамики процесса естественного прироста (убыли) населения с 1970 по 2010 гг. в целом по ДФО указывает на формирование отчетливого отрицательного тренда, что демонстрирует сохранение депрессивных тенденций в демографии региона (рис. 9).

Следует отметить значительный вклад миграционного компонента в сокращение численности населения ДФО, который составлял 80-90 % в 90-х годах и уменьшался к 2007–2008 гг. при минимальном уровне в 2009–2010 гг. (рис. 10).

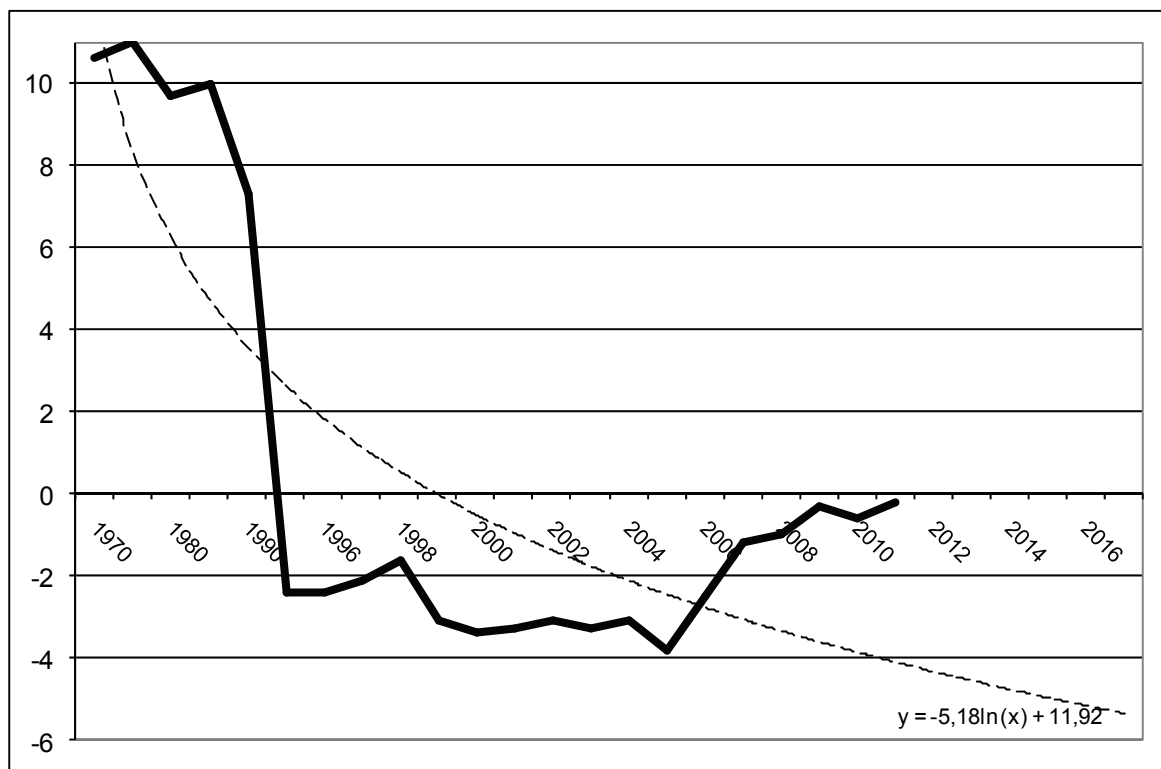


Рис. 9. Показатели естественного прироста (убыли населения) в субъектах ДФО на 1 000 человек в 2010–2011 гг.

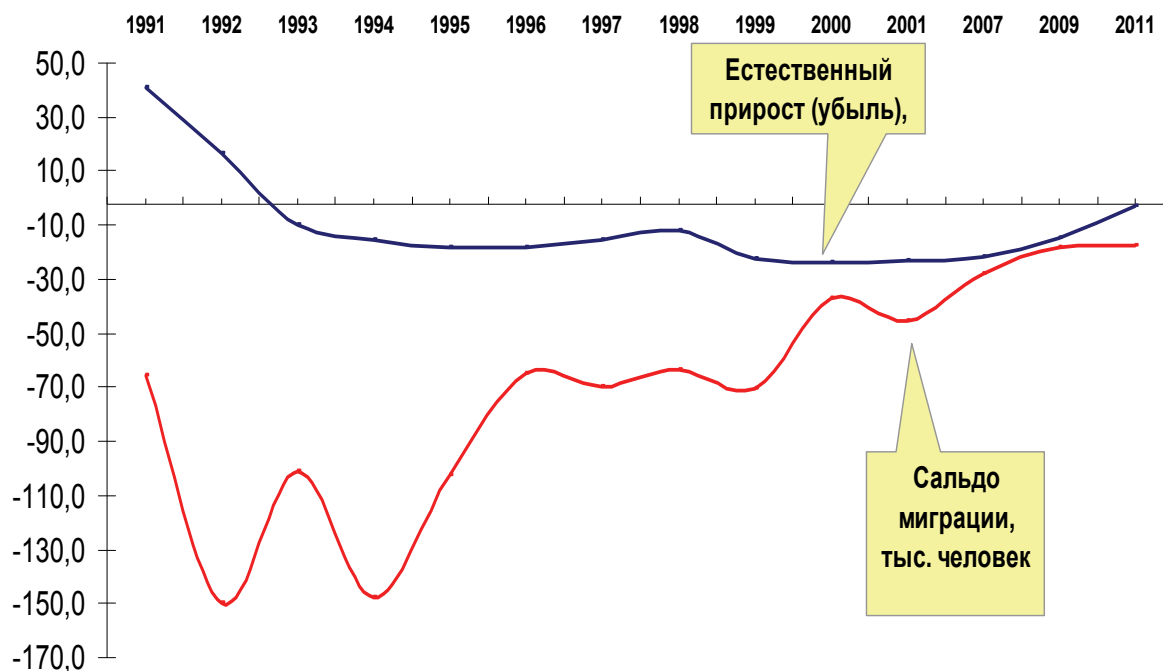


Рис. 10. Компоненты изменения численности населения ДФО в 1991–2010 гг. (тыс. чел.)

Согласно долгосрочным прогнозам Росстата, если не произойдет глубоких перемен в социально-экономической политике, к 2025 г. прогнозируется сокращение населения округа до 5 млн человек, что значительно ниже уровня 1970 г.

Проведенные прогнозные расчеты С.Н. Киселевым (2005 г.)²⁷ показывают, что в ближайшие 20 лет Дальний Восток России ожидает сокращение постоянно проживающего населения. Уменьшение численности населения может составить при этом от 5,9 % до 16,4 % (рис. 11).

²⁷ Киселев С.Н. Состояние здоровья и демографические процессы населения Дальнего Востока России : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.33 / Киселев Сергей Николаевич; (Место защиты: Государственный институт усовершенствования врачей). Москва, 2005. – 381 с.

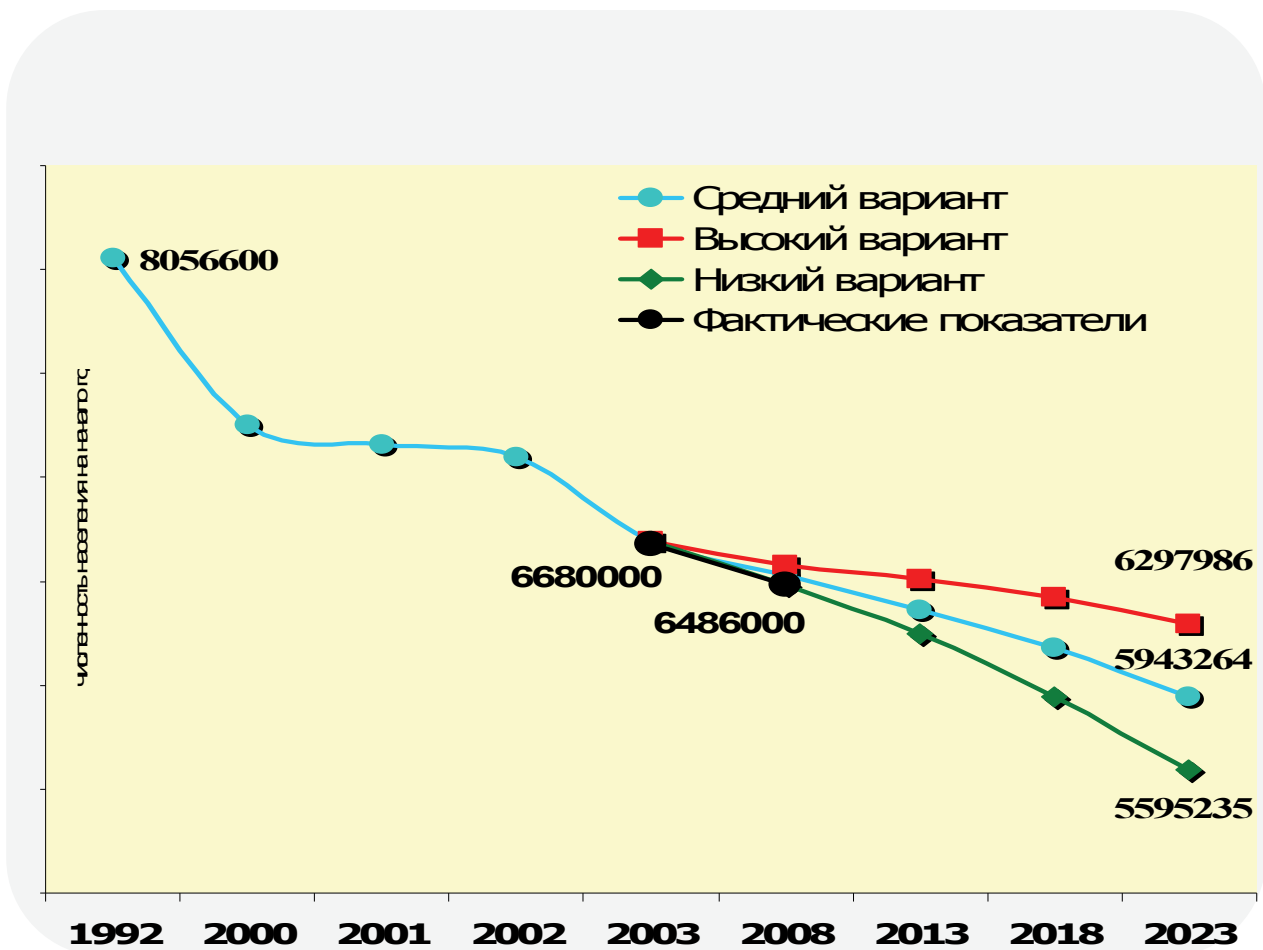


Рис. 11. Прогноз численности населения Дальневосточного федерального округа до 2023 г.

Наиболее ощутимо к концу прогнозного периода снизится численность мужского населения (по среднему варианту снижение численности мужчин составит 34,2 %, а женщин – 24,2 %). Доля лиц трудоспособных возрастов по всем вариантам в начале прогнозного периода будет увеличиваться и достигнет своего максимума в 2006-2008 гг., а затем будет наблюдаться ее снижение и к 2023 г. она составит: по среднему варианту – 85,9 %; по низкому варианту – 84,4 % и по высокому варианту – 88,6 % от уровня 2002 г.

Главное направление изменений возрастного состава населения ДФО при всех сценариях прогноза – его старение. Доля лиц старше трудоспособного возраста увеличится почти на треть и к 2023 г. будет составлять от 18,5 % до 19,8 % вместо 15,4 % в 2002 г. При этом высокий сценарий, самый благоприятный с точки зрения снижения численности населения, оказывается наименее благоприятным с точки зрения его старения.

Сокращение численности населения на Дальнем Востоке может стать серьезным ограничением социально-экономического развития округа в перспективе. В этой связи, объективную необходимость приобретает принятие дополнительных мер, направленных на привлечение и закрепление населения, т. к. сокращение численности населения вследствие естественных процессов

рождаемости и смертности можно уменьшить за счет привлечения на Дальний Восток мигрантов, численность которых должна составлять при разных вариантах прогноза от 48 тыс. до 125 тыс. человек в год.

Специальные показатели естественного движения населения. На протяжении периода 1990–2009 гг. специальный коэффициент рождаемости – показатель общей фертильности (число живорожденных детей на 1 000 женщин 15-49 лет) – имел разнонаправленную динамику, так же как и в РФ (рис. 12).

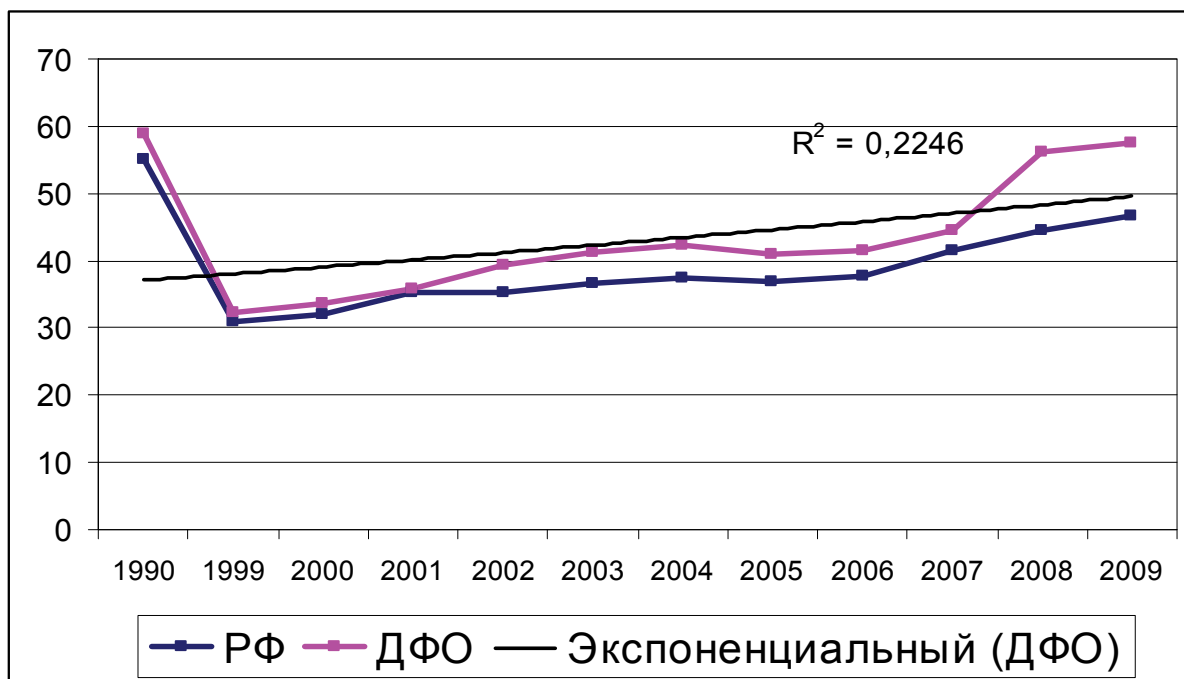


Рис. 12. Динамика показателя общей фертильности на 1 000 женщин 15-49 лет в РФ и ДФО за период 1990 – 2009 гг

Так, за период 1990–1999 гг. на Дальнем Востоке он снизился на 45 % с 58,96 до 32,3 на 1 000 женщин фертильного возраста. С 2000 г. показатель общей фертильности ежегодно увеличивался при среднегодовом темпе прироста 7,7 %. Минимальный темп прироста зарегистрирован в 2005 г. – темп убыли – 2,9 %, наивысший в 2008 г. – + 25,7 %, но уже в 2009 г. темп прироста снизился до + 2,6 %. В 2009 г. показатель общей фертильности в ДФО превышал российский уровень на 23,6 %. В целом за исследуемый период достоверного изменения не произошло ($R^2=0,22$).

Показателем, дающим информацию о распределении числа рождений по разным возрастным группам внутри репродуктивного контингента, является возрастной коэффициент фертильности. За последнее два десятилетия XX века сложилась относительно новая модель репродуктивного поведения, характеризующаяся рождением ребенка или юной матерью (до 19 лет), или поздним возрастом вступления в брак; отказом от брака или созданием неформального брачного союза; отказ от вторых и третьих детей.

За период 1990–2009 г. изменение показателей по возрастной фертильности неоднозначно. В целом в возрастной группе 15-19 лет уровень фертильности снизился на 36 %: за период 1990–1999 гг. фертильность уменьшилась в

двое, а в 2001–2009 гг. – возросла в 1,5 раза. В возрастной группе 20-24 лет уровень фертильности, несмотря на его вариацию, снизился за период 1990–2009 гг. на 22 % при росте в возрастных группах 25-29 лет на 27,4 %, 30-34 года – на 25,3 %, 35-39 лет – 29,2 %, 40-44 года – на 13,5 % (табл. 20).

Таблица 20

Повозрастные коэффициенты рождаемости в ДФО (на 1 000 женщин)*

Год	15-17	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	15-49
1990		71,7	161,3	92,8	53,3	23,8	5,2	0,2	58,96
1999	14	33,6	90,8	62,8	33,8	12,9	2,7	0,1	32,3
2000	12,1	31,4	91,1	68	37,6	14	2,8	0,2	33,7
2001	12,7	32,2	94,5	71,4	41,5	15,4	3	0,2	35,7
2002		33,3	102,2	77,8	44,4	17,3	3,3	0,2	39,3
2003		34,9	103,4	81,2	46,9	18,6	3,2	0,2	41,2
2004		34,5	101	84,8	49,1	20	3,5	0,2	42,3
2005		33,4	96	80,7	48,4	19,7	3,4	0,1	41,1
2006		34,4	92,7	80,3	48,9	20,7	3,5	0,2	41,4
2007		34,7	94,3	87,5	55,1	24,3	4,4	0,1	44,6
2008		45,9	136,8	107	63,7	28,4	5,4	0,2	56,1
2009		46	125,9	118,3	66,8	30,5	5,9	0,1	57,6
1990/2009		64 %	78 %	127,4 %	125,3 %	129 %	113,5 %		

*Источник: данные официального сайта Федеральной службы государственной статистики РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www. gks.ru](http://www.gks.ru)

Воспроизводство населения в ДФО, РФ характеризовалось ссуженным типом на протяжении всего рассматриваемого периода. Простое воспроизводство обеспечивается при коэффициенте суммарной рождаемости около 2,15 детей на одну женщину репродуктивного возраста. Если в 1990 г. на Дальнем Востоке показатель суммарной рождаемости соответствовал этому уровню (2,14), то в 2001 г. – он почти вдвое ниже (1,29), в 2009 г. – 1,575 и составляет у горожанок 1,46 детей и сельских жительниц – 1,68.

Максимальный уровень суммарной фертильности в 2009 г. зарегистрирован в ЧАО – 2,009 детей, у горожанок – 1,795, сельских жительниц – 2,3, Республика Саха (Якутия) – 2,0 детей, у горожанок – 1,775 и сельских жительниц – 2,699, т. е. в данных субъектах в сельской местности, где проживает только треть населения (33-34 %), обеспечивается простое воспроизводство населения.

Минимальный уровень суммарной плодовитости наблюдался в Приморском (1,468 детей, в городе – 1,367, в сельской местности – 1,8) и Хабаровском (1,487 детей, в городе – 1,402, в сельской местности – 1,886) краях, где проживает половина населения ДФО (52,5 %).

Сводной характеристикой режима воспроизводства служит нетто – коэффициент, который показывает, сколько дочерей родит при данном режиме вос-

производства в течение всей предстоящей им жизни некоторая совокупность новорожденных девочек с учетом повозрастной смертности женщин.

В ДФО в 2009 г. данный показатель также ниже, чем в РФ: 0,731 против 0,898. Таким образом, режим воспроизводства в ДФО соответствует снижению численности населения примерно на 26,9 % с каждым женским поколением.

Трансформация возрастной модели рождаемости привела к изменению вклада отдельных возрастных групп в суммарную рождаемость (рис. 13).

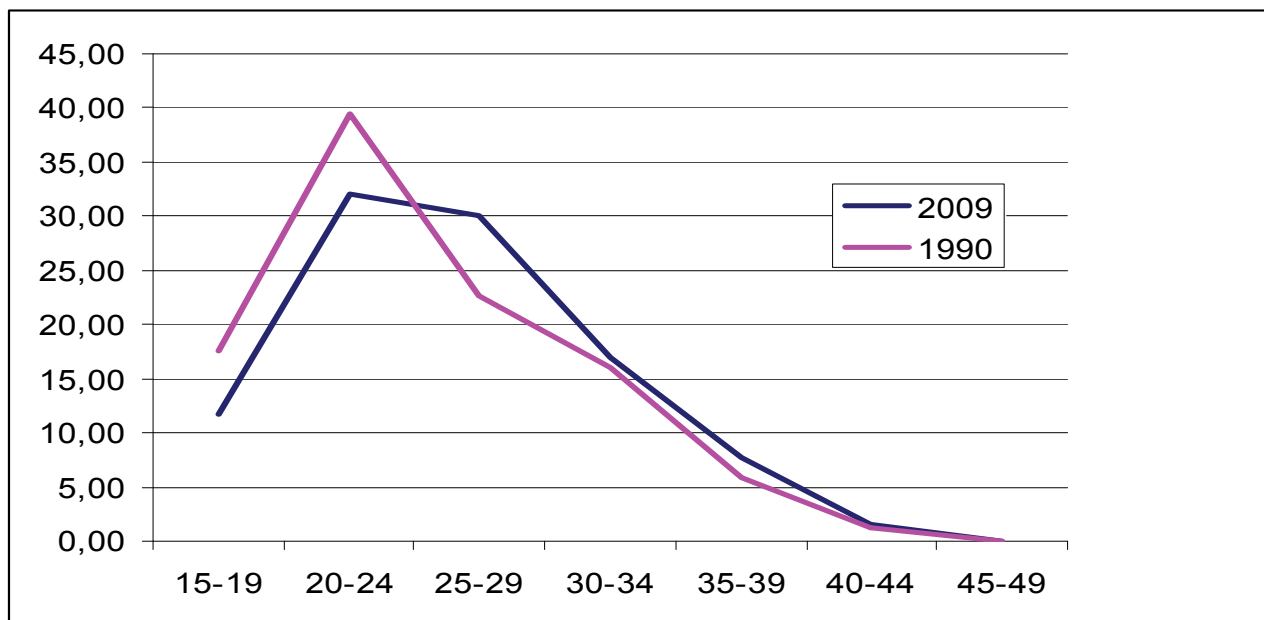


Рис. 13. Вклад отдельных возрастных групп в суммарный коэффициент рождаемости в ДФО, 1990, 2009 гг., %

Если в 1990 г. рождения в возрастных группах 20–29 лет обеспечивали 66,3 % суммарного коэффициента рождаемости в России, на Дальнем Востоке – 62,2 %, то в 2009 г. удельный вес данных возрастных групп в РФ в целом сократился до 59,1 %, в ДФО – практически остался на прежнем уровне – 62,06 % при снижении вклада возрастной группы 20–24 года. Кроме того, произошло повышение вклада возрастных групп старше 30 лет. На Дальнем Востоке в 2009 г. рождения в возрастных группах от 30 лет и старше обеспечивали 26,3 % от общего числа рождений, тогда как в 1990 г. – 23,7 %. Несмотря на снижение вклада юных матерей в суммарный коэффициент рождаемости с 15,9 % в 1990 г. до 11,7 % в 2011 г., его уровень на Дальнем Востоке выше российского (9,7 %) и несравним с развитыми странами (2-4 %).

Падение рождаемости в 90-х годах XX века объясняется не только влиянием радикальных общественно-политических и социально-экономических преобразований, но и последствиями второй мировой войны, изменениями в «календаре рождений», вызванными мерами демографической политики в середине 80-х годов. Кроме того, изменилось положение женщин в обществе, произошла трансформация типов и социальных функций семьи, что обусловило сокращение ожидаемого числа детей у брачных пар, т. е. числа детей, которое они намерены иметь, учитывая конкретную жизненную ситуацию и личные предпочтения, социальный статус семьи.

Следует подчеркнуть снижение стабильности и престижности семьи, которые ведут к росту неполных семей в результате разводов, внебрачных рождений и, таким образом, увеличению семей с факторами риска для здоровья детей. В Дальневосточном регионе эти показатели стабильно превышают российские, а в брачно-семейных отношениях, так же как и в Российской Федерации, прослеживается тенденция снижения уровня браков и рост разводов: в 1990 г. соотношение браков к разводам на 1 000 населения составляло 10,1:5,0, а в 2001 г. – 6,9:6, 2011 г. – 9,8:5,8.

Одновременно растет уровень внебрачных рождений. В начале 90-х годов в ДФО они составляли 15 %, а в 2001 г. – 37,9 % , в 2011 г. – 33,9 % против 24,6 % в Российской Федерации (рис. 14).

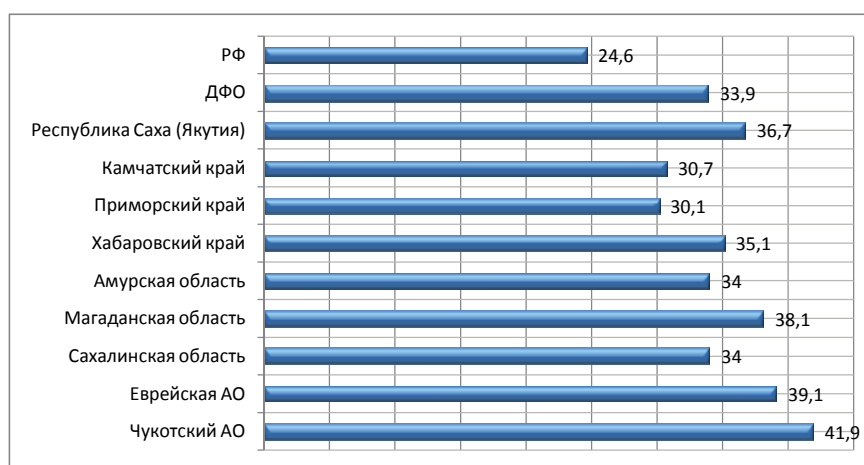


Рис. 14. Родившиеся живыми у женщин, не состоявших в браке в субъектах РФ ДФО в 2011 г. (%)

Особенно неблагоприятная ситуация в ЧАО (41,9 %), ЕАО (39,1 %), Магаданской области (38,1 %), Республике Саха (Якутии) (36,7 %). В малонаселенных, северных районах к внебрачным относится более половины рождений (Аяно-Майский район – 65,5 %, Охотский район – 60,1 % и др.). Высокий уровень внебрачных рождений на Дальнем Востоке в основном не связан с трансформацией института семьи и ростом экономической самостоятельности женщин, как в развитых странах, а обусловлен депрессивностью экономики, низким уровнем жизни населения, высоким уровнем безработицы, особенно в сельской местности, а также вахтовым методом миграции.

Тридцать лет назад доля внебрачных рождений чуть превышала 10 % и основной вклад в нее вносили либо молодые матери (до 20 лет), либо старше 35 лет. В последнее десятилетие рост внебрачной рождаемости затронул возрастные группы с максимальной фертильностью в возрасте 20–29 лет, вклад которых во внебрачную рождаемость возрос в РФ с 17,3 % в 1980 г. до 56,4 % в 2011 г., в ДФО – до 59,4 % (рис. 15).

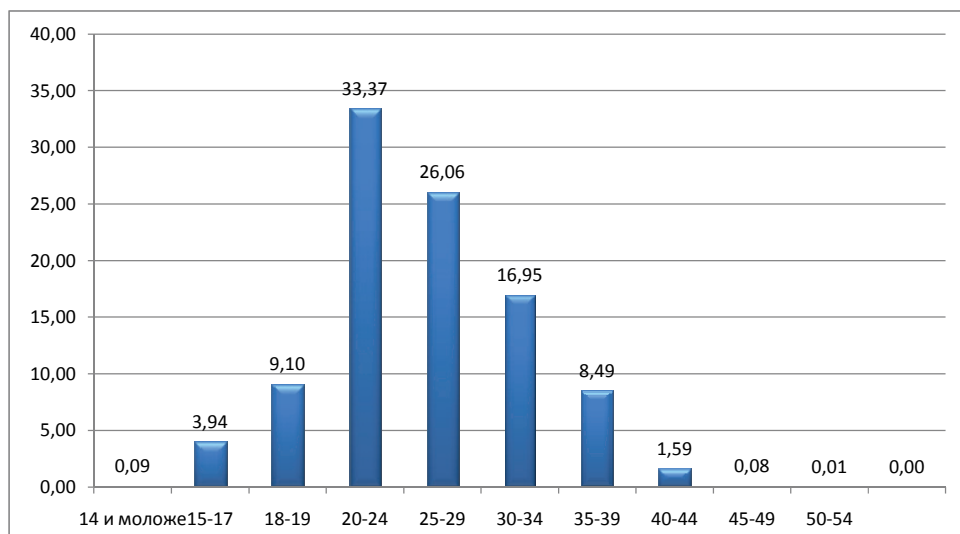


Рис. 15. Возрастная структура женщин, родивших вне брака живого ребенка в ДФО в 2011 г. (%)

Обращает на себя внимание то, что доля внебрачных детей, рожденных у матерей в возрасте до 20 лет составляет в РФ 11,2 % против 13,1 % в ДФО, в том числе в ЧАО 18 %, ЕАО – 17,9 %, в Амурской области – 14,9 %.

Такие неполные семьи, как правило, с низким уровнем доходов относятся к группе риска, т. к. социализация нежеланных детей, живущих в бедности и заброшенности, в перспективе приводит к воспроизводству маргинальных форм адаптации.

Несмотря на снижение общей смертности в 2005–2009 гг., до сих пор не преодолены последствия ее роста. В значительной мере по этой причине Россия и ее субъекты отстают по показателю ожидаемой продолжительности жизни не только от развитых, но и от развивающихся стран. Низкая продолжительность жизни населения в России формируется преимущественно за счет сверхсмертности в трудоспособном возрасте.

В 2010 г. общий показатель смертности для населения трудоспособного возраста составил в России для мужчин 10,7 на 1 000 мужчин трудоспособного возраста, женщин – 2,8 на 1 000 женщин, а в ДФО для мужчин – 12,3 или на 15 % выше российского уровня, для женщин – 3,8, что превышает уровень РФ на 35,8 %. За период 2000–2010 гг. смертность мужчин трудоспособного возраста выросла в ДФО на 7,9 %, женщин – 11,8 % (табл. 21). В 2011 г. максимальный уровень смертности зарегистрирован в Магаданской области, ЧАО, последний имеет самый высокий показатель смертности в трудоспособном возрасте среди всех субъектов РФ.

**Показатель смертности населения в трудоспособном возрасте*
в ДФО в 2000, 2010 гг.**

Территория	На 1 000 человек населения соответствующего пола и возраста			
	мужчины		женщины	
	2000	2010	2000	2010
Дальневосточный федеральный округ	11,4	12,3	3,4	3,8
Республика Саха (Якутия)	10,6	11,2	3,2	3,1
Камчатский край	10,5	10,6	3,2	3,2
Приморский край	11,1	11,7	3,4	3,7
Хабаровский край	12,4	12,3	3,4	3,8
Амурская область	11,4	13,3	3,4	4,2
Магаданская область	15,1	15,9	6,5	4,3
Сахалинская область	11,3	14,3	3,5	3,7
Еврейская автономная область	13,4	14,0	4,2	4,7
Чукотский автономный округ	9,8	16,7	3,4	6,5

* Мужчины – 16–59 лет, женщины – 16–54 года.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности мужчин в трудоспособном возрасте стала основной причиной смертности в ДФО с 2008 г. В то же время смертность от внешних причин смерти имеет более высокий удельный вес, чем от сердечно-сосудистых заболеваний, в Амурской и Сахалинской областях. Следует отметить, что смертность от внешних причин в ДФО выше, чем в РФ в 1,8 раза, от болезней органов пищеварения – на 25 %, от инфекционных заболеваний – на 20 %.

В ДФО так же как и в России в целом население умирает во все более ранних возрастах. При этом, к основной группе риска относятся мужчины в возрасте от 20 до 45 лет, причинами гибели которых чаще всего являются несчастные случаи, отравления и травмы.

Первое место в ДФО среди причин смерти женщин рабочих возрастов в 2005–2010 гг. занимали болезни системы кровообращения, второе – внешние причины, третье – злокачественные новообразования.

По уровню младенческой смертности ДФО также относится к числу неблагоприятных районов РФ. Уровень младенческой смертности в субъектах РФ ДФО за период 2000–2010 гг. снизился в 1,9 раза с 18,6 до 9,6 на 1 000 родившихся живыми, но среди федеральных округов ДФО имеет самый высокий показатель. Значительный вклад в показатель младенческой смертности вносит высокий уровень мертворождаемости (5,3 против 4,6 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми в РФ) и ранней неонатальной смертности (3,7 против 2,8 на 1 000 родившихся живыми в РФ).

Выше среднего показателя по ДФО в 2010 г. младенческая смертность была в Чукотском АО (21,8 %), Амурской области (12,80 %), ЕАО (10,4 %).

Интегральным показателем состояния здоровья населения и воздействия на него комплекса медико-социальных факторов, является показатель ожидаемой продолжительности жизни. На фоне имеющегося роста данного показателя в ДФО в течение 2000–2010 гг. с 63,17 до 65,86 лет, ожидаемая продолжительность жизни населения осталась ниже, чем в РФ (68,67) (табл. 22).

Таблица 22

Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения, лет

Территория	2000			2005			2010		
	все население	мужчины	женщины	все население	мужчины	женщины	все население	мужчины	женщины
РФ	65,34	59,03	72,26	65,30	58,87	72,39	68,67	62,77	74,67
ДФО	63,17	57,29	70,03	62,24	56,16	69,44	65,86	60,07	72,17
Респ. Саха (Якутия)	63,66	57,90	70,27	64,70	58,62	71,59	66,45	60,87	72,50
Камчатский край	63,30	58,07	69,71	63,51	57,91	70,25	66,06	60,60	72,18
Приморский край	63,73	57,87	70,45	62,83	56,83	69,78	66,72	61,11	72,66
Хабаровский край	63,03	56,99	70,10	61,89	55,52	69,48	66,33	60,30	72,83
Амурская область	62,15	56,14	69,29	60,34	54,10	67,84	64,41	58,55	70,89
Магаданская область	62,02	55,73	69,97	62,59	57,00	69,04	64,06	58,50	70,07
Сахалинская область	63,34	57,69	69,82	60,58	54,50	68,06	64,83	58,63	71,76
Еврейская АО	61,84	56,11	68,55	59,34	53,94	65,86	63,34	57,20	70,38
Чукотский АО	60,17	54,91	67,07	58,09	54,06	63,06	58,22	53,75	64,62

Самые низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни отмечены в Чукотском автономном округе (58,22). Несмотря на проводимые мероприятия в области демографической политики, ситуация в округе продолжает ухудшаться, что сопровождалось сокращением ожидаемой продолжительности жизни в ЧАО с 60,17 в 2000 г. до 58,22 в 2010 г.

При изучении показателя ожидаемой продолжительности жизни в зависимости от пола было выявлено, что у мужчин ожидаемая продолжительность жизни к 2010 г. выросла в сравнении с 2000 г. на 2,7 года (с 57,29 до 60,07 лет), женщин – на 1,8 года (с 70,03 до 72,17 лет). Самые низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни у мужчин в ДФО сформировались в Чукотском автономном округе (мужчины – 53,75 года) и ЕАО (57,2 года), а женщин – в Чукотском автономном округе (64,62 года) и Магаданской области (70,07 лет).

Рыночные реформы в исполнении правительств неолибералов как асфальтный каток прокатились по населению российских провинций. Мало того, что эти регионы потеряли миллионы своих жителей, мигрировавших в «распухшую» от притока провинциалов Москву и Московскую область, так людские потери сформировались «естественным путем» за счет сверхсмертности мужчин трудоспособных возрастов. Главными причинами сверхсмертности стали сердечно-сосудистая патология (инфаркты и инсульты), онкологические заболевания, а также травмы и отравления. Эта тенденция нашла свое отражение в динамике показателя ожидаемой продолжительности жизни.

Показатель продолжительности жизни дальневосточников снижался в течение всего периода социально-экономических реформ (1990–2010 гг.), не-

смотря на то, что с 2005 года в ДФО продолжительность жизни населения стала расти, однако направление тренда сохраняло и многие годы будет сохранять отрицательную тенденцию (рис. 16).

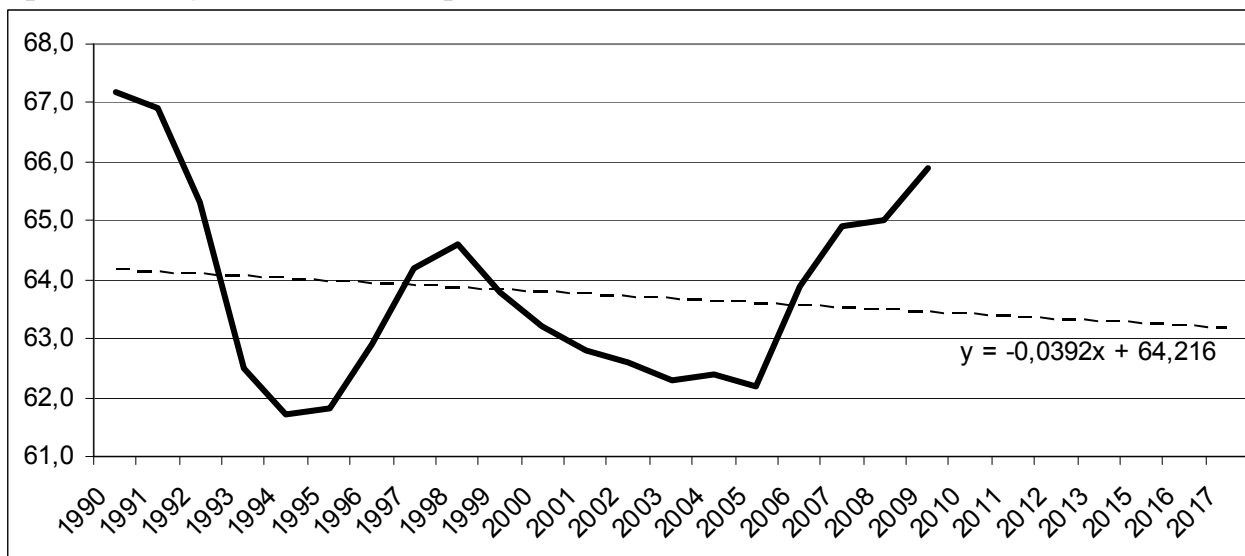


Рис. 16. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в ДФО (число лет)

Инвестиции в человеческий капитал ДФО. Несмотря на то, что Дальний Восток – регион, богатый природными ресурсами, чтобы получить прибыль от их добычи и переработки, мало ими располагать. Более того, мало даже научиться их добывать, более важно научиться перерабатывать их, создавать продукцию с высокой добавленной стоимостью. Для этого необходимо сделать несколько стратегических шагов.

Во-первых, параллельно с развитием нефтедобычи на Дальнем Востоке России нужно развивать нефтепереработку, то есть строить самые современные нефтеперерабатывающие заводы и нефтехимические производства. Инфраструктура, которая создается в регионе, должна строиться из расчета экспорта не просто сырья, но и продукции более высокой степени переработки.

Во-вторых, крайне важно решить вопрос с эффективным использованием других ресурсов (древесины, рыбы, морепродуктов, сои и т. п.). Но пока, например, объемы импорта круглого леса в Китай из территорий ДФО не уменьшились, а наоборот, из отдельных – увеличились. Следовательно, лесной бизнес уходит в тень. В то же время нужен существенный рост промышленного производства строительных материалов для внутренних нужд, а экспорт обработанного леса должен увеличиваться. Аналогичная ситуация с браконьерской добычей рыбы, краба и др.

В-третьих, сформировать стратегию устойчивого развития Дальнего Востока, которая предусматривала бы ключевую роль в позиционировании России в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Сейчас этому вектору в межгосударственных контактах придается повышенное значение. Эти контакты становятся площадкой дискуссий о роли России в развитии Азиатско-Тихоокеанского региона.

Остается с сожалением констатировать, что в этих рассуждениях отсутствует человек, т. е. именно те люди, живущие в невероятно сложных условиях Российских провинций, где уровень благосостояния семьи определяется т. н. «прожиточным минимумом», который не учитывает даже оплату жилья... Много лет мимо обезлюдевших поселков и деревень на юге Дальнего Востока прокладывались газо- и нефтепроводы, линии электропередач, железные и автодороги федерального значения. Дальневосточники ждали, что, наконец-то их поселения будут газифицированы, производство электроэнергии приобретет инновационные черты, транспорт за счет диверсификации будет модернизирован и т. п. Но ведь ничего этого не произошло, все вышеперечисленное по довольно невысоким ценам продается за границу и поддерживает инновационное развитие экономик Китая, Ю. Кореи и Японии. Что поделаешь? – такова роль уготована «территориям-транзитерам». А жители этих территорий, что будет с ними? Именно на этот вопрос пока нет ответа у стратегов-разработчиков программ инновационного развития Дальнего Востока России.

А ведь Российская провинция вымирает, в том числе и по причине отсутствия перспектив улучшить качество жизни отцов и матерей, а также обеспечить относительное сносное будущее своим детям и внукам. Деградация здоровья дальневосточников достигла грани, за которой – неизвестность. Сегодня из пяти умирающих россиян двое не доживают даже до 60 лет – эта тревожная статистика была обнародована на коллегии Минздрава России. В 2011 году, по данным Росстата, в нашей стране умерло 1,925 млн человек. Проведя несложные расчеты, получаем: 764 тысячи (39,7 %) были моложе 60 лет. При этом, 40 тысяч жителей ушли, как говорят в таких случаях, в полном расцвете сил – в 35–39 лет, еще 250 тысяч граждан (население среднего города) – от 40 до 54 лет.

Самое печальное состоит в том, что, привычно ссылаясь на недостатки в деятельности отечественного здравоохранения и социальные проблемы в стране, мы закрываем глаза на очевидный факт: очень многие россияне могут значительно продлить себе жизнь, придерживаясь достаточно простых, порой просто элементарных рекомендаций. Наши специалисты ссылаются на американский опыт: в США удалось вдвое снизить смертность от ишемической болезни сердца за счет всего лишь четырех факторов: рационального питания и снижения уровня холестерина, контроля уровня артериального давления, отказа от курения, увеличения физической активности. В этой связи, следует оговориться, что на программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в США были истрачены значительные финансовые ресурсы. И, тем не менее, эти вложения в «человеческий капитал» позволили значительно повысить способность среднестатистического американца к высокопроизводительному труду.

В современной же России человеческий капитал продолжает считаться только социальным фактором развития, то есть затратным фактором, с точки зрения экономической теории. Инвестиции в воспитание, в образование и здравоохранение отечественными экономистами-неолибералами (Г. Греф) считаются непроизводительными и затратными. Хотя достаточно давно, со второй по-

ловины XX столетия в экономически развитых странах отношение к человеческому капиталу и образованию кардинально изменилось.²⁸

Это дало толчок к совершенствованию понимания роли человека и накопленных результатов его интеллектуальной деятельности на темпы и качество развития общества и экономики. Толчком к созданию теории человеческого капитала стали статистические данные роста экономик развитых стран мира, которые превышали расчеты, базирующиеся на учете классических факторов роста. Анализ реальных процессов развития и роста в современных условиях и привел к утверждению человеческого капитала в качестве основного производительного и социального фактора развития современной экономики и общества.

Измерения человеческого капитала России, циклы развития как драйверы инновационных волн позволили сформировать подходы к интегративной модели источников его формирования, которая помимо привычных для экономических моделей факторов образования и здравоохранения включает также знания и науку, культуру и искусство, воспитание, информационное и институциональное обслуживание, предпринимательский климат, экономическую свободу и безопасность. С точки зрения инновационного развития Дальнего Востока России, следует рассматривать капитал здоровья населения региона – основу его человеческого капитала, самую уязвимую и малоизученную его составляющую. По изменению капитала здоровья населения региона можно оценивать медико-эффективную составляющую системы здравоохранения.

Проблема оценки медико-экономической эффективности – одна из главных проблем организации и экономики системы охраны здоровья населения ДФО. Однако, несмотря на всю важность этой проблемы для регионального здравоохранения, ее теоретические и прикладные аспекты находятся в стадии становления. Особую сложность представляет недостаточная разработка общей методологии исследования экономического ущерба от суммарных потерь капитала здоровья населения ДФО, четких критериев оценки этих потерь и интегральных медико-экономических показателей эффективности программ по развитию здравоохранения и социальной сферы. Как следствие этого, в Дальневосточных территориях России при распределении ресурсов не учитывается огромный экономический ущерб от потерь капитала здоровья трудоспособного населения. Не всегда используется анализ эффективности при внедрении новых программ с целью преобразования и совершенствования системы здравоохранения, и чаще всего отсутствуют сведения о количественных соотношениях затрат и результатов, что приводит к нерациональному распределению ресурсов. К сожалению, за двухлетний период реализации региональные программы модернизации (2011–2012 гг.) в ДФО со значительными финансовыми вложениями из средств федерального бюджета повсеместно не достигли запланированных результатов, а самое главное, не были подвергнуты экспертным оценкам.

²⁸ Корчагин Ю. А. Российский человеческий капитал: фактор развития или деградации? – Воронеж: ЦИРЭ, 2005.

Большинство современных исследований в здравоохранении ДФО по данной тематике находится на уровне статистического и описательного анализа, в них практически не используется аппарат теории вероятностей и математической статистики как основа количественного исследования медико-экономической эффективности, являющейся вероятностной категорией, не применяются оптимизационные методы исследования для анализа эффективности затрат. Отметим, что медико-экономические проблемы здравоохранения Дальнего Востока России необходимо рассматривать в двух аспектах: узком и широком. Под узким аспектом следует понимать изучение экономической эффективности ЛПУ с целью получения желаемых результатов при минимальных материальных и трудовых затратах. Под широким аспектом следует понимать роль здравоохранения в сохранении и укреплении трудовых ресурсов региона в условиях инновационного развития.

Работы лауреата Нобелевской премии Г. Беккера по теории человеческого капитала являются классикой современной экономической мысли.²⁹ Сформулированная в них модель стала основой для всех последующих исследований в этой области. В настоящее время теории человеческого капитала придается большое значение, так как она позволяет изучать многие явления рыночных отношений, выявлять эффективность вложенных финансовых средств в человеческий фактор, который является жестким экзаменатором экономической и социальной дееспособности общества.³⁰ Человеческий капитал проявляет себя как экономическая и медико-биологическая оценка способностей и возможностей населения к осуществлению трудовой деятельности. Синтез идей человеческого и устойчивого развития лег в основу отечественных разработок.³¹ Это отражено в «Докладе о развитии человеческого потенциала в РФ» (1994 г.), в докладе Института комплексных стратегических исследований «Человеческий капитал России: актуальные проблемы и перспективы развития» (2003 г.), в Национальных проектах, Региональных программах модернизации здравоохранения и др.

Человеческий капитал – главный фактор формирования и развития инновационной экономики и экономики знаний как следующего высшего этапа развития России и ее регионов. Благодаря развитию человеческого капитала государство может сохранять лидирующие позиции в мировом сообществе, и, наоборот, ориентация на использование природных ресурсов в качестве главного стимулятора экономики приведет к стагнации. Сегодня доля человеческого капитала в национальном богатстве России по всем основным характеристикам ниже, чем в других государствах. В национальном богатстве развитых странах человеческий капитал составляет от 70 до 80 %, в России – менее 50 % уровня.

Согласно прогнозу Госкомстата России, население страны к 2016 году сократится по сравнению с началом 2001 года на 10,4 млн человек, или на

²⁹ Becker, Gary S. Human Capital. N.Y.: Columbia University Press, 1964.

³⁰ Корчагин Ю.А., Логунов В.Н. Проблемы развития экономики России и регионов. Инвестиции. Инновации. <http://www.lerc.ru/?part=books&art=14&bin=1>

³¹ Нестеров Л., Аширова Г. Национальное богатство и человеческий капитал. Вопросы экономики, 2003, № 2.

7,2 %, и составит 134,4 млн человек. Специалистов волнует проблема непрерывного устойчивого сокращения общего прироста населения: с 1986 года он уменьшился почти в 8 раз. С 1993 года естественная убыль населения находится на стабильно высоком уровне в 0,7-0,9 млн человек в год.

Согласно социологическим исследованиям, за последние десять лет снизился уровень работоспособности населения. Так, 60 % россиян — люди престарелого возраста, дети и инвалиды. Снижение работоспособности населения может привести к тому, что Россия уже больше никогда не станет второй супердержавой в мире.

В существующих условиях задача бережного отношения к человеческому капиталу, сохранения и развития человеческого потенциала приобретает особую актуальность, потому что является необходимым условием обеспечения национальной безопасности России.

К сожалению, проблема человеческого капитала на Дальнем Востоке России сегодня приобретает гипертрофированный характер, поскольку отсутствует взвешенная стратегия целенаправленных инвестиций в его развитие, а ведь именно уровень качества жизни и здоровья дальневосточников в ближайшие годы будет определять реализацию планов инновационного развития ДФО.

Медицина заставляет нас умирать
продолжительнее и мучительнее.
Плутарх

Глава 4

Состояние здоровья населения Дальнего Востока России

Здоровье населения ДФО является важнейшим элементом безопасности региона. Для сохранения и умножения потенциала здоровья дальневосточников требуется инвестировать в отрасль значительную часть валового регионального продукта, поскольку без достаточного уровня качества трудоспособного населения невозможно поступательное развитие региональной экономики. Сохранение здоровья экономически активного населения региона, своевременное выявление, предупреждение, лечение и реабилитация различных групп заболеваний, в том числе профессиональных и производственно обусловленных является необходимым условием развития экономики региона.

Дальневосточный федеральный округ имеет свои особенности по сравнению с другими административно-территориальными формированиями страны. Проблемы охраны здоровья здесь стоят особенно остро в связи с многолетними неоптимальными методами освоения как природной, так и социальной среды обитания.

Многие проблемы здоровья населения ДФО (в том числе и заболеваемость населения) имеют глубокие социально-экономические корни, включая региональные аспекты условий и уклада жизни. Для дальневосточников характерны определенные закономерности формирования патологии, связанные с климатогеографическими, социально-экономическими и основными возрастными биологическими процессами.

Здоровье жителей Дальнего Востока России является важнейшим критерием развития и функционирования региона. Пути сбережения здоровья базируются на научных данных и законах его формирования, при этом действия общества должны строго соответствовать характеру поведения населения в рыночных условиях.

4.1. Динамика показателей заболеваемости населения Дальневосточного федерального округа

Низкий уровень жизни у значительной части населения ДФО и тяжелые природно-климатические условия отрицательно сказываются на состоянии здоровья дальневосточников. За последние годы в округе отмечается рост заболеваемости во всех субъектах федерации и во всех возрастных группах населения.

Заболеваемость населения Дальневосточного региона отличается комплексностью, сочетанием патологических проявлений. Так, болезни органов пищеварения характеризуются высокой степенью общесистемных поражений

(весьма редко встречаются изолированные формы), имеется выраженная связь патологии с невротическими расстройствами. Уже в детском возрасте около 25 % детей имеют 4 и более ежегодных эпизодов острых заболеваний или обострение хронических. У взрослых доля лиц с сочетанной хронической патологией составляет уже 45-50 %. Как свершившийся факт воспринимается высокий уровень выявления онкологических заболеваний в 3-й и 4-й стадиях, инфаркты и инсульты у мужчин в возрасте от 40 до 50 лет и т. п.

В ДФО в условиях рыночных реформ последних десятилетий, особенно высокому риску подвергаются малоимущие и маргинальные группы населения. Разрыв между богатыми и бедными в регионе достиг критических значений. Неравенство в отношении здоровья и доступности качественной медицинской помощи между различными группами населения приводит к социальному расслоению дальневосточников и способствует высокому уровню социальной нестабильности.

В связи с этим, остро встает вопрос о совершенствовании социальной политики в отношении охраны здоровья дальневосточников, разработке новых механизмов, форм и методов ее реализации, основанных на оказании не только материальной помощи, но и социальных и медицинских услуг. При этом данная помощь, в первую очередь, должна быть оказана самым нуждающимся слоям населения. Одним из важных звеньев такого механизма может стать совершенствование специальной системы медицинской помощи социально депрессивному населению региона.

Учет региональных особенностей, влияющих на формирование истинной заболеваемости населения, а также его потребности в материальных, трудовых и финансовых ресурсах здравоохранения обосновывают необходимость углубленного изучения распространенности основных классов болезней на региональном уровне для разработки новых организационных форм управления охраной здоровья и планирования развития здравоохранения территорий ДФО.

Негативные тенденции в состоянии здоровья россиян, особенно рост заболеваемости, изменения в показателях физического развития детей и подростков постоянно находятся в поле зрения специалистов. Специфика выявляемой патологии в ДФО зависит от множества факторов разнонаправленного действия. Это диктует необходимость проведения системного анализа распространенности заболеваний для выявления региональных особенностей и принятия соответствующих решений организационного характера.

Уровень и характер заболеваемости населения Дальневосточного федерального округа по отдельным территориям имеют свои особенности. Показатель общей заболеваемости по данным обращаемости всего населения за период 1990–2011 гг. в РФ вырос в 1,5 раза с 107 000 до 160 399,5, в ДФО в 2001-2011 г. также в 1,5 раза – до 154 759,2 на 100 тыс. населения. Максимальный показатель зарегистрирован в Чукотском автономном округе (199 352,5 или на 24,3 % выше РФ), Республике Саха (Якутия) (186 368,5), минимальный – в ЕАО (117 613,9).

Что же относительно структуры общей заболеваемости населения региона, то ведущее место в ней занимают болезни органов дыхания (26,9 %), второе – болезни системы кровообращения (11,5 %), третье – болезни органов пищеварения (8 %) (рис. 17).

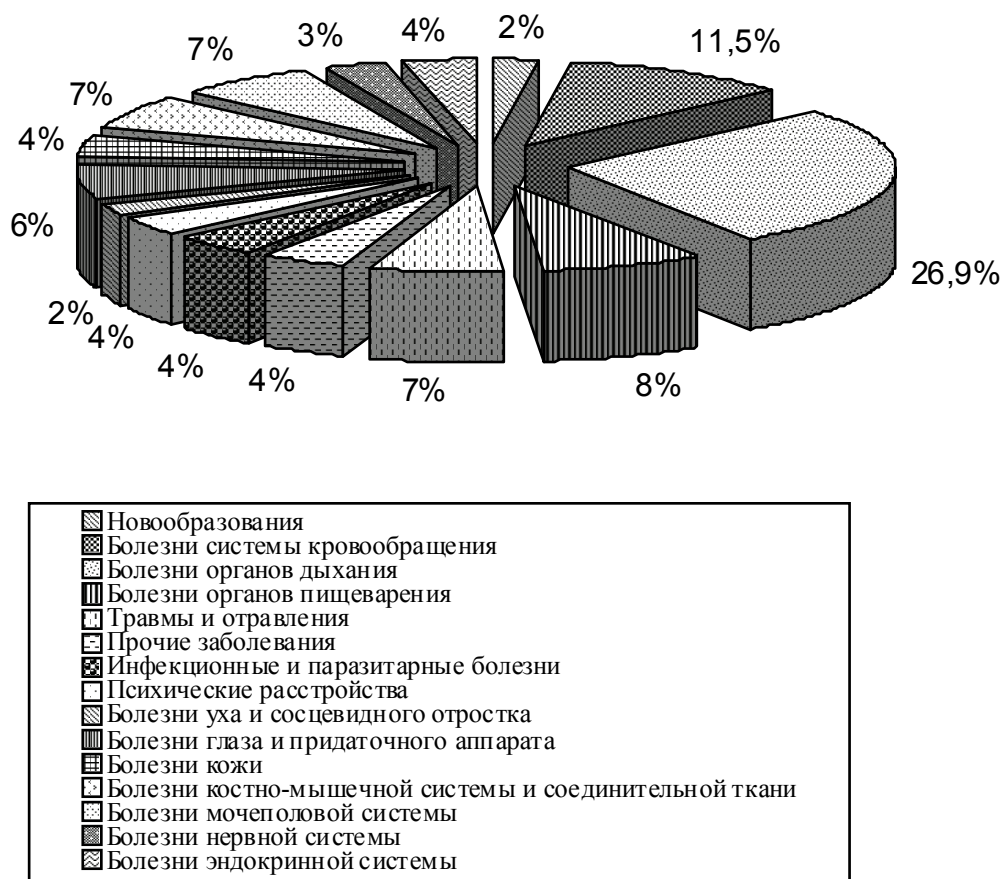


Рис. 17. Структура общей заболеваемости населения ДФО в 2011- году

Доля болезней костно-мышечной системы (6,8 %), мочеполовой системы (6,6 %), болезней глаза и его придаточного аппарата (6,3 %) составляла около 6-7 %. В целом структура общей заболеваемости не имела существенных различий со структурой заболеваемости в РФ.

Наряду с этим выявлено, что в 2011 г. распространенность таких классов болезней, как некоторые инфекционные и паразитарные болезни (6 232,4 на 100 тыс. населения), психические расстройства и расстройства поведения (5 643,9 на 100 тыс. населения), пневмонии (600,8 на 100 тыс. населения), болезни органов пищеварения (12 152,3 на 100 тыс. населения), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

(10 123,1 на 100 тыс. населения) в ДФО выше, чем в РФ. В то же время общая заболеваемость болезнями системы кровообращения ниже, чем в РФ на 22,5 %.

Распространенность в ДФО других классов болезней, таких как новообразования (3 080,5 на 100 тыс. населения), болезни крови, кроветворных органов (994,7 на 100 тыс. населения), сахарного диабета (1 890,9 на 100 тыс. населения), болезней нервной системы (4 893,1 на 100 тыс. населения), болезней глаза и его придаточного аппарата (9 592,8 на 100 тыс. населения), болезней уха и сосцевидного отростка (3 251,7 на 100 тыс. населения), болезней системы кровообращения (17 502,5 на 100 тыс. населения), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (10 283,4 на 100 тыс. населения), ниже, чем в РФ.

Анализ заболеваемости населения региона за период социально-экономических реформ 1992–2011 гг. показал ее достоверный рост в РФ на 29,5 %, а в ДФО – на 24,3 %, при уровне в 2011 г. 797,4 и 836,8 на 1 000 населения соответственно (рис. 18).

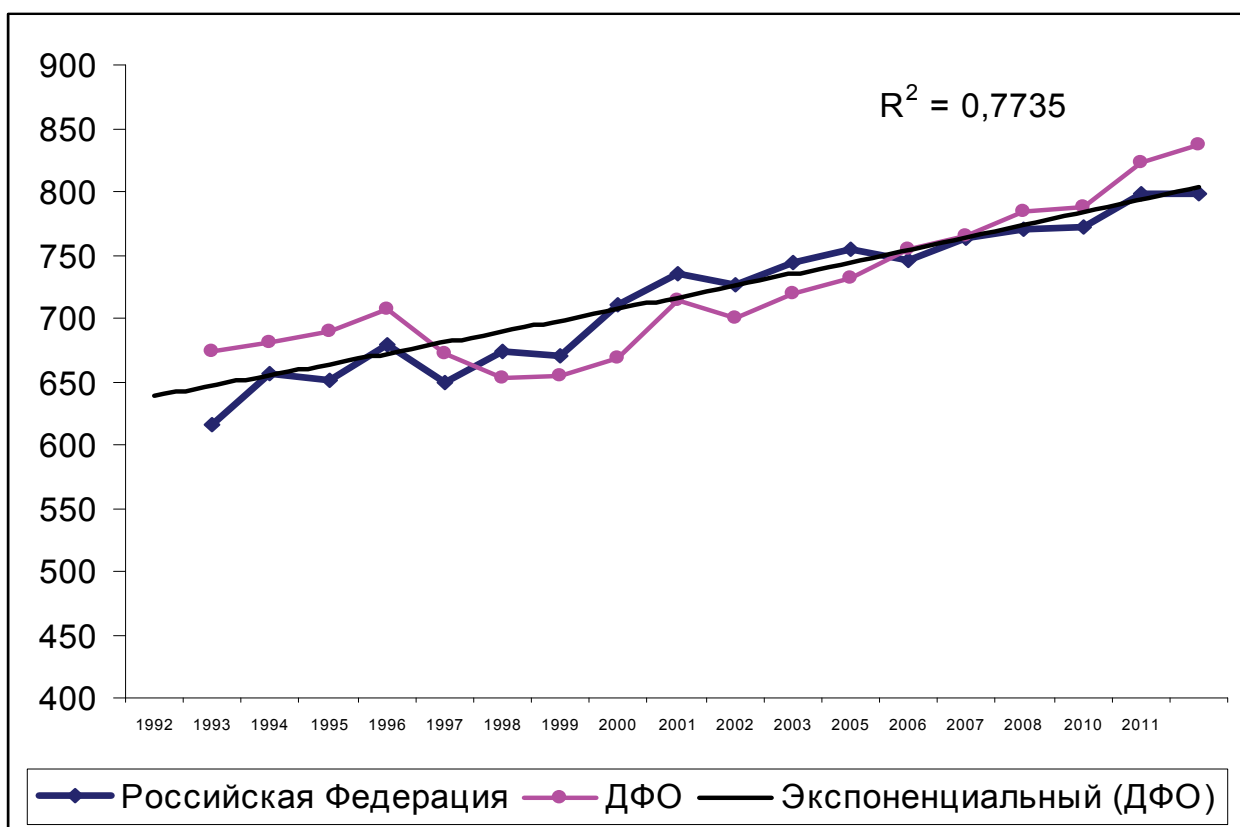


Рис. 18. Динамика заболеваемости всего населения ДФО, РФ на 1 000 населения в 1992 – 2010 гг. на 1 000 чел. населения

Но если в 1992 году показатель заболеваемости населения ДФО превышал среднероссийский на 9,3 %, то в 2002 году он приблизился к нему и был меньше всего на 1,7 %, а в 2011 г. стал выше на 4,9 %.

К негативным явлениям следует отнести факт того, что за период 1995–2011 гг. заболеваемость населения ДФО врожденными пороками развития выросла в 2,3 раза, болезнями системы кровообращения – в 2,1 раза, болезнями эндокринной системы – в 2 раза, новообразованиями – в 1,7 раза и болезнями мочеполовой системы – в 1,5 раза (рис. 19).

В структуре заболеваемости населения ДФО в 2011 г. первое ранговое место занимали болезни органов дыхания (43,5 %), на втором – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (12,3 %), на третьем – беременность, роды и послеродовой период – (8,5%), на четвертом – болезни кожи и подкожной клетчатки (6,1 %), пятое место разделили болезни мочеполовой системы и органов пищеварения (по 5,5 %). В РФ при совпадении классов болезней первых двух ранговых мест и четвертого, третье место занимают болезни мочеполовой системы (6,2 %), пятое – болезни костно-мышечной системы (4,2 %).

При анализе зависимости уровня смертности от заболеваемости населения региона была выявлена достоверная сильная обратная корреляционная зависимость между данными показателями ($r=-0,7$; $p<0,05$), это позволило сделать следующий вывод: низкий уровень зарегистрированной заболеваемости обусловлен снижением доступности и качества медицинской помощи дальневосточникам, что способствовало сохранению, а иногда и росту уровня смертности.

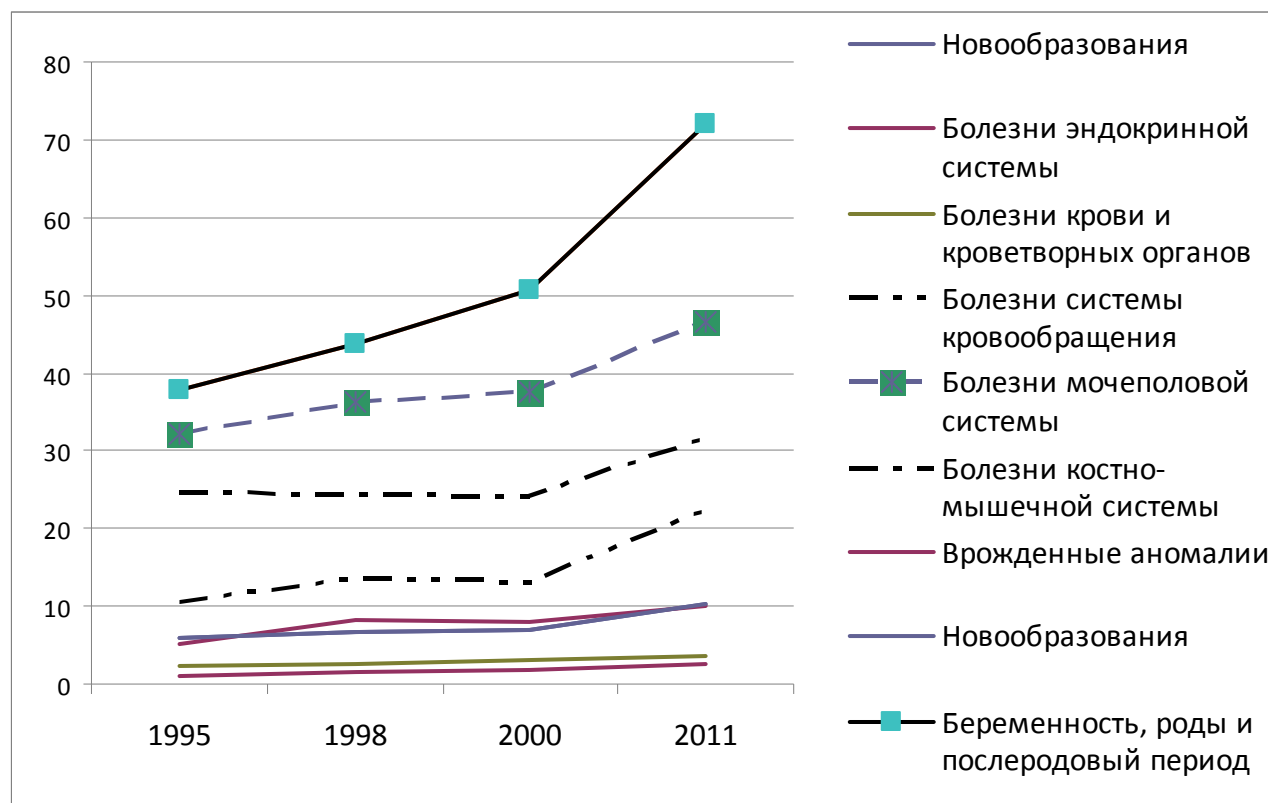


Рис. 19. Динамика заболеваемости населения ДФО в 1995 – 2011 гг. по отдельным классам болезней (на 1 000 населения)

Некоторые особенности показателей заболеваемости в субъектах РФ ДФО. Различия в заболеваемости населения субъектов РФ ДФО обусловлены целым рядом факторов, к которым относятся экологическая ситуация, социально-экономическое положение региона, инфраструктура и ресурсное обеспечение системы здравоохранения. Объемы оказываемой

медицинской помощи и ее состав в значительной степени определяются наличием необходимого оборудования, квалификацией персонала, доступностью отдельных видов диагностики и лечения для различных групп населения, качеством учета обращений в ЛПУ.

Тем не менее, с точки зрения мониторинга показателя заболеваемости за анализируемые десять лет только в 2 субъектах РФ ДФО наблюдается его снижение – в Хабаровском крае на 5,5 %, Сахалинской области – на 3,7 %.

В то же время значительный темп роста регистрируется в ЧАО (на 68 %), в Республике Саха (Якутия) – на 31,8 %.

Лидером по уровню заболеваемости населения в регионе является Чукотский автономный округ. Среди его населения заболеваемость в 2011 г. превышает среднероссийский уровень: при заболеваниях органов пищеварения – в 1,9 раза, эндокринной системы – в 1,8 раза, болезней органов дыхания, мочеполовой системы, кожи – в 1,7 раза, крови и кроветворных органов – на 38 %, новообразованиях – на 31 %. Наряду с этим, общая заболеваемость болезнями системы кровообращения (17 320,1 на 100 тыс. человек) и болезнями органов пищеварения (10 781,4 на 100 тыс. человек) ниже показателей в ДФО и РФ. Заболеваемость в 2011 г. выросла в сравнении с 2000 г. по всем классам болезней, за исключением инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов пищеварения (табл. 23).

Таблица 23

Заболеваемость населения в субъектах РФ ДФО (на 1 000 населения)

Годы	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная область	Чукотский автономный округ	РФ
2001	779,7	774,9	701,8	764,4	634,9	725,5	950,96	631,9	739,4	719,7
2005	885,4	832,0	720,4	751,1	764,8	855,2	900,74	609,1	1223,6	745,9
2009	1014,8	875,5	818,7	793,6	1246,26	879,7	906,36	695,5	1202,5	802,5
2010	1032,8	863,2	787,0	748,0	1166	809,8	903,3	676,4	1213,7	779,6
2011	1028,2	836,5	792,6	722,6	765,8	803,0	915,9	692,7	1245,2	797,4

В Республике Саха (Якутия) высокий уровень заболеваемости населения обусловлен такими классами болезней как болезни органов дыхания (48 817,2 на 100 тыс. чел), органов пищеварения (в 2,5 раза выше, чем в РФ), нервной системы (в 2 раза выше, чем в РФ), эндокринной системы (в 1,5 раза выше, чем в РФ) преимущественно за счет патологии щитовидной железы, протекающей с тиреотоксикозом, болезни кожи и подкожной клетчатки (на 32 % выше, чем в РФ). Первичная заболеваемость в 2011 г. выросла в сравнении с 2000 г. по

всем классам болезней, за исключением инфекционных и паразитарных болезней.

В Магаданской области уровень заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями превышает в 1,7 раза среднероссийский), болезнями эндокринной системы (6 341,7 на 100 тыс. человек) за счет сахарного диабета (2 560,6 на 100 тыс. человек) и ожирения (1 800,3 на 100 тыс. человек), психические расстройства и расстройства поведения (8 589,4 на 100 тыс. человек), болезни глаза и его придаточного аппарата (11 913,9 на 100 тыс. человек). При этом заболевания системы кровообращения – в 2 раза, органов пищеварения – в 2,4 раза, крови и кроветворных органов – в 2,5 раза ниже по сравнению с РФ. Заболеваемость в 2011 г. выросла в сравнении с 2000 г. по таким классам болезней как болезни эндокринной системы, болезни нервной системы, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов пищеварения. По другим классам болезней отмечено снижение уровня заболеваемости, либо отсутствие существенной динамики.

Среди населения Сахалинской области распространенность таких классов заболеваний, как инфекционные и паразитарные болезни, болезни эндокринной системы, обусловленные патологией щитовидной железы, сахарный диабет и ожирение, психические расстройства и расстройства поведения, болезни органов пищеварения, значительно превышают уровень заболеваемости в ДФО и РФ.

Заболеваемость в 2011 г. выросла в сравнении с 2001 г. по таким классам болезней, как новообразования, болезни эндокринной системы, болезни системы кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни костно-мышечной системы.

Особое место среди регионов ДФО занимает Еврейская автономная область, поскольку именно там уровень заболеваемости населения к 2011 году составил всего 692,7 на 1 000 населения, что почти в 2 раза ниже, чем в ЧАО, и значительно ниже, чем по России в целом (794,4 на 1 000). При этом уровень инфекционной заболеваемости в 1,6 раза выше, чем в РФ, при отставании от РФ по таким классам болезней, как болезни нервной системы и болезни уха – в 1,9 раза, болезни органов пищеварения – на 30 %. Причиной такого явления с большой долей вероятности стал более чем 50 % дефицит врачебных кадров в ЛПУ ЕАО, что отрицательно отражается на регистрации первичной заболеваемости.

В Амурской области уровень распространенности заболеваний среди населения также достаточно велик (1 166 на 1 000 населения), хотя структура и динамика заболеваемости мало чем отличается от других субъектов РФ ДФО. В остальных трех субъектах РФ ДФО (Хабаровском, Приморском и Камчатском краях) уровень заболеваемости приближается к среднероссийским показателям, составляя соответственно в 2011 году 722,6, 792,6 и 836,5 на 1 000 населения.

Постоянные сбои в реализации профилактических мероприятий по борьбе с распространением инфекционных заболеваний в регионе находят свое отражение в уровне показателей инфекционных заболеваний. В частности, про-

блема острых инфекций верхних дыхательных путей для территорий ДФО является весьма актуальной (20 723,9 на 100 000) (рис. 20).

Следует отметить, что колебания острых инфекций верхних дыхательных путей в различных субъектах РФ весьма значительны, от 29 359,2 на 100 000 в Сахалинской области до 15 011,1 в Приморском крае. Что же относительно заболеваемости населения ДФО гриппом, то лидером среди территорий региона является Республика Саха (Якутия) (34,6 на 100 000), а наименьший показатель регистрируется в Магаданской области (6,3 на 100 000) и ЧАО (рис. 21).

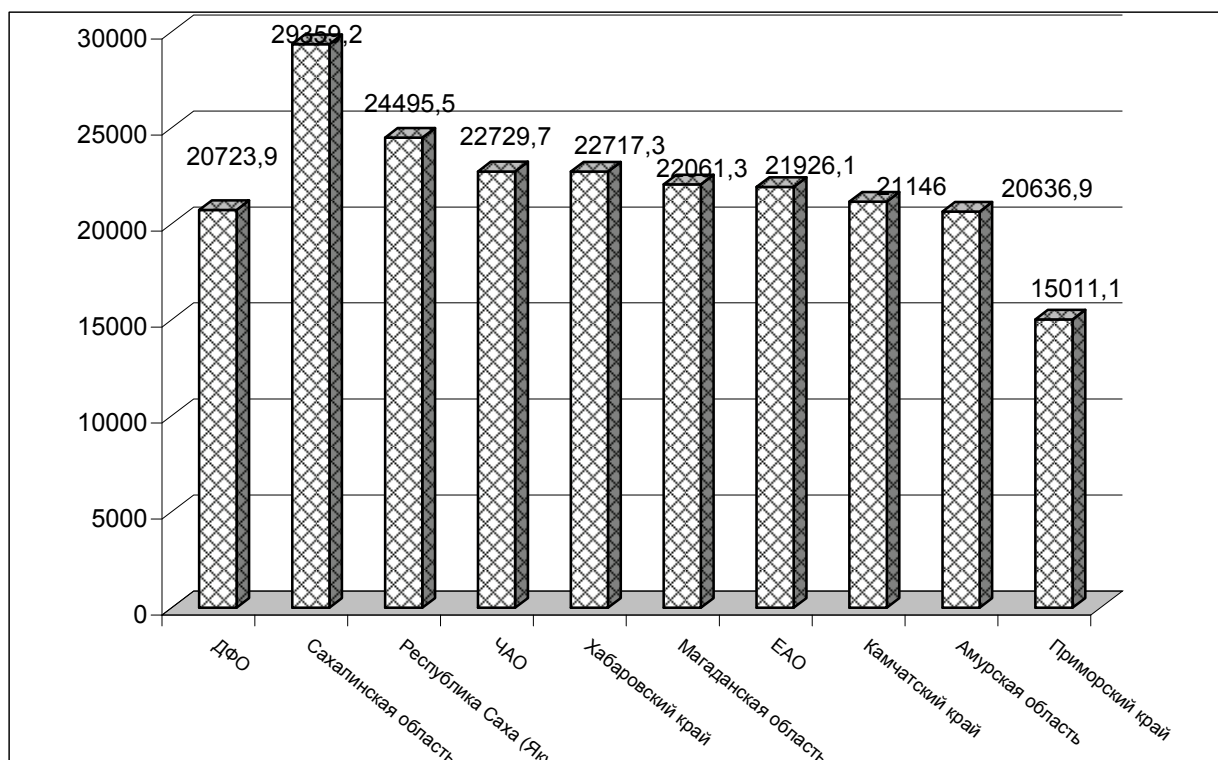


Рис. 20. Заболеваемость населения субъектов РФ ДФО острыми инфекциями верхних дыхательных путей в 2010 г. (на 100 000 человек населения)

Поддерживает тезис о недостаточном уровне контроля и профилактической работы по распространению инфекционных заболеваний в ДФО и уровень заболеваемости дальневосточников острыми кишечными инфекциями (ОКИ-сальмонеллез, дизентерия и др.) – 857, 1 на 100 000 по ДФО со значительными колебаниями в различных субъектах РФ региона (рис. 22). Наибольший уровень этого показателя фиксируется в последние годы в Сахалинской области – 1 561,7 на 100 000, а наименьший – в ЕАО (419,7 на 100 000).

Следует отметить, что с завидной регулярностью практически в большинстве территорий ДФО наблюдаются внесезонные вспышки ОКИ в детских организованных коллективах и регистрация сезонных спорадических заболеваний ОКИ, связанные с некачественной превентивной работой Роспотребнадзора и его служб на рынках, на предприятиях розничной торговли и производителей молочной продукции.

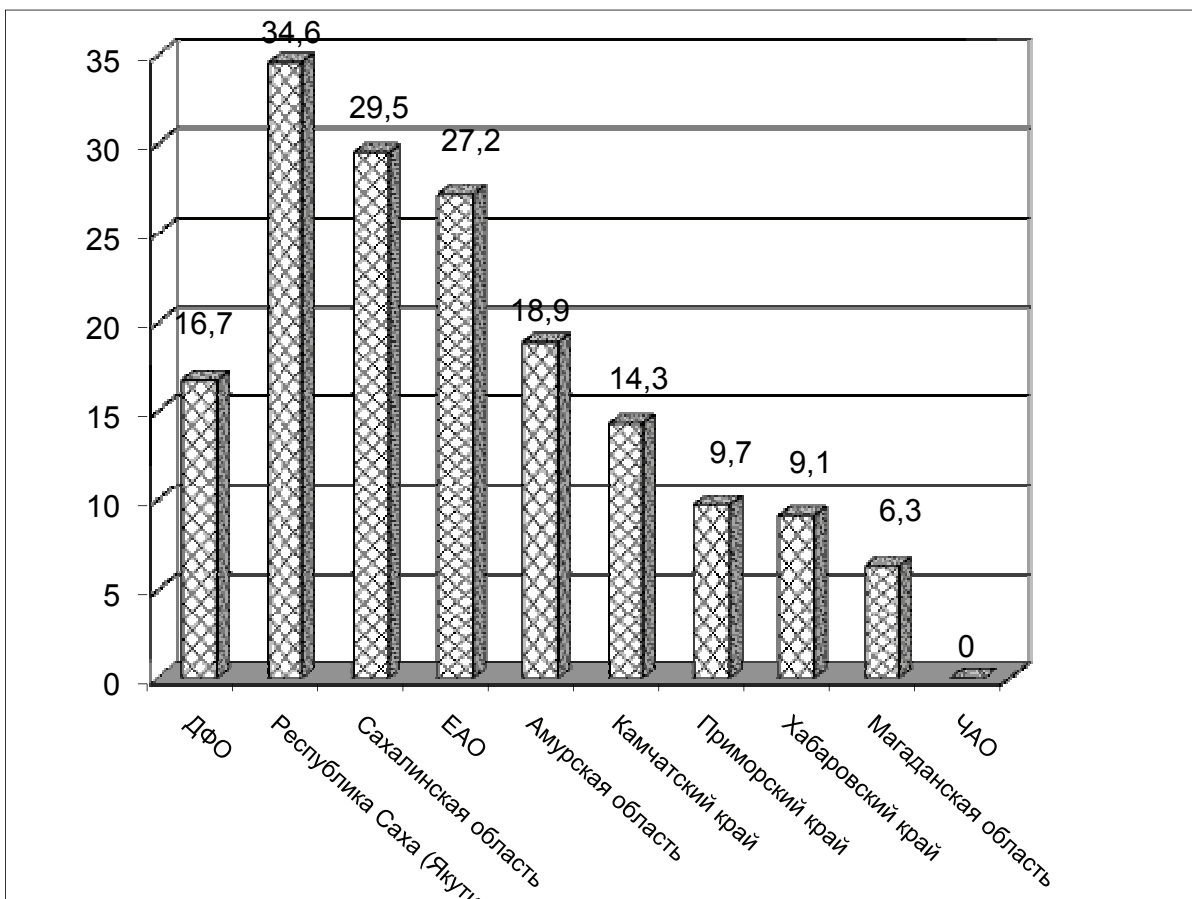


Рис. 21. Заболеваемость населения гриппом в субъектах РФ ДФО в 2010 г. (на 100 000 населения)

Аналогично выглядит ситуация с уровнем распространенности вирусных гепатитов (рис. 23) при среднерегionalном уровне 86,2 на 100 000 населения, при колебаниях показателя от 239,4 на 100 000 в Камчатском крае, до 42,4 на 100 000 населения в ЕАО.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека эпидемиологическая ситуация в 2009–2011 гг. по клещевому вирусному энцефалиту в России и ее регионах остается напряженной и незначительно осложнилась по сравнению с предыдущими годами. Заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом в среднем за последние три года возросла по отношению к предшествующему периоду (2006–2008 гг.) на 12,5 %: с 2,1 случаев на 100 тысяч населения до 2,4 соответственно. Сохраняется проблема инвалидизации больных и летальных исходов, включая детей до 17 лет. В 2010 г. смертность в России от клещевого вирусного энцефалита составила 45 % от всех случаев, связанных с природно-очаговыми и зооантропонозными болезнями.

Уровень заболеваемости вакцинированного населения от клещевого вирусного гепатита составил 3,9 %. Однако, в ряде федеральных округов этот показатель значительно выше, в частности в ДФО он составил 10,9 % от числа вакцинированных.

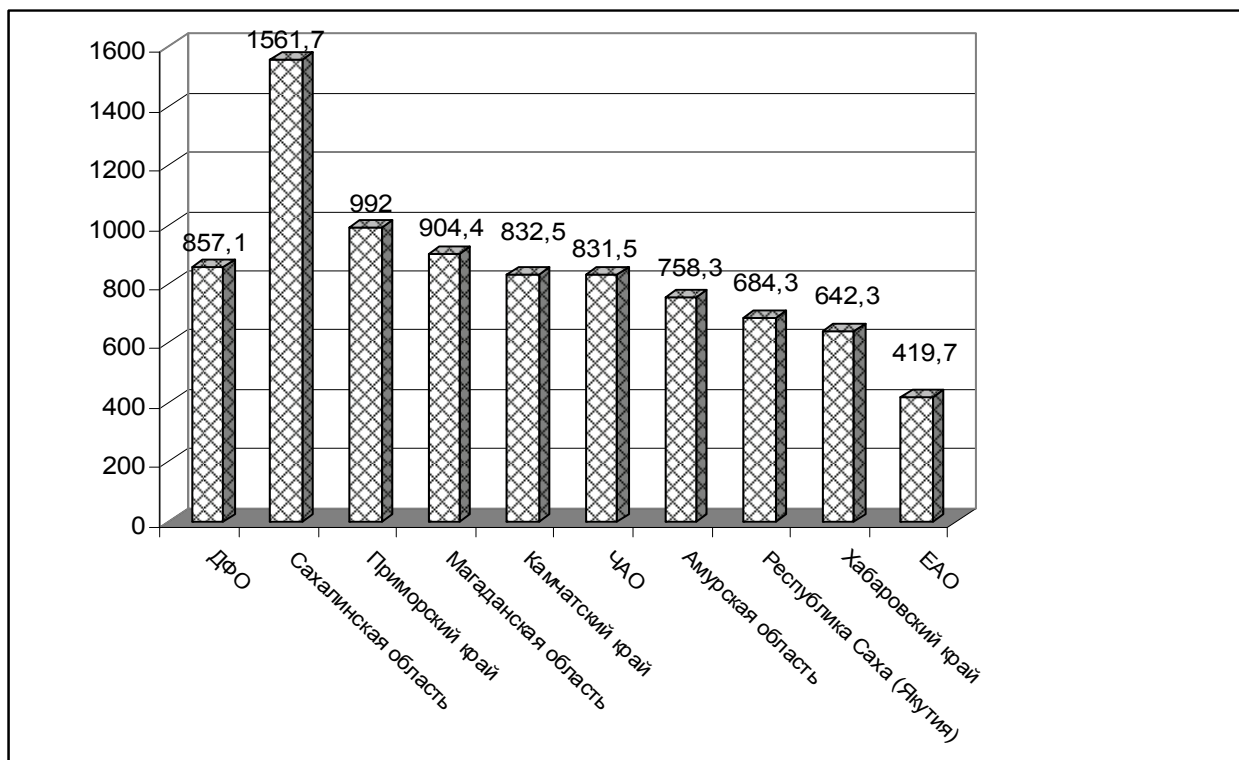


Рис. 22. Заболеваемость населения острыми кишечными инфекциями по субъектам российской федерации в 2010 г. (на 100 000 населения)

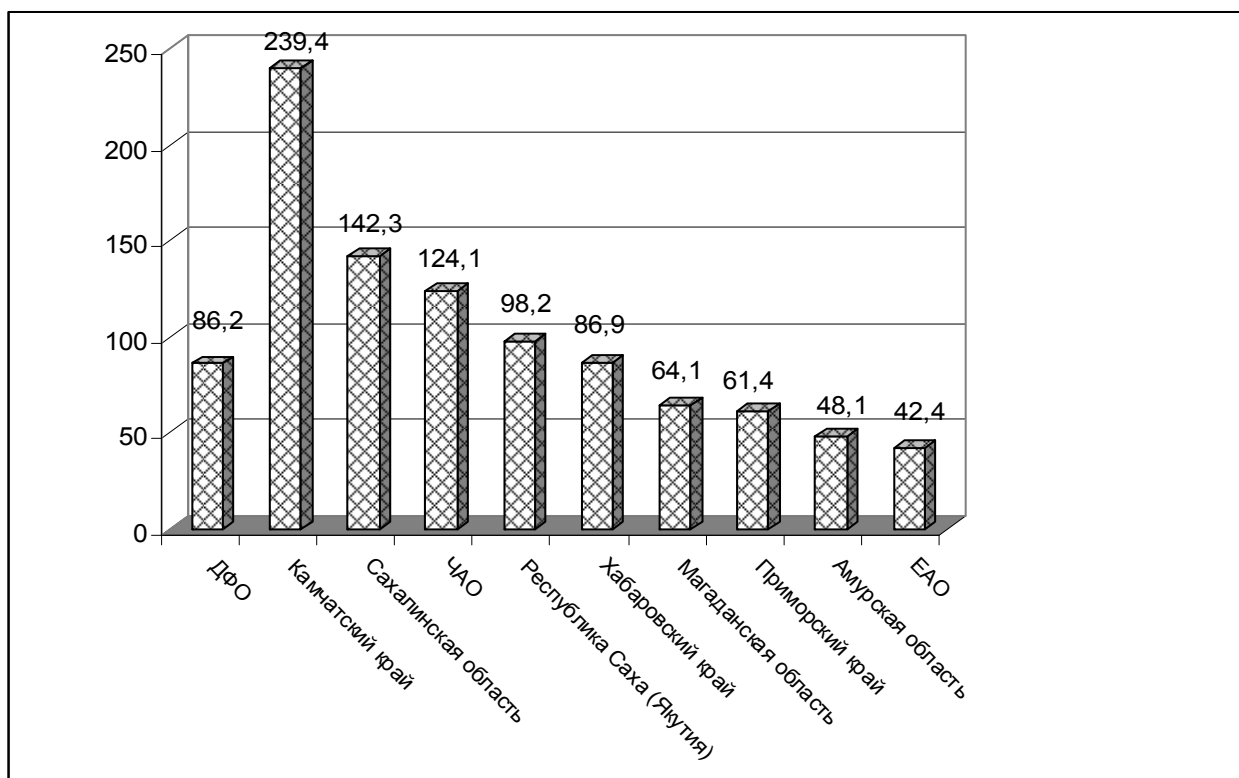


Рис. 23. Заболеваемость населения вирусными гепатитами в субъектах РФ ДФО в 2010 г. (на 100 000 человек населения)

Значительно чаще наблюдаются летальные исходы и тяжелые формы болезни у дальневосточников, не привитых от клещевого вирусного энцефалита, поздно обратившихся за медицинской помощью, с несвоевременно поставлен-

ным диагнозом, и не прошедших курс специфической иммунопрофилактики. Эти факты указывают на низкий уровень эффективности организации противоэпидемических мероприятий в регионе. Ослабление внимания к проведению определенных мер профилактики, наблюдающееся в ДФО, может привести к подъему заболеваемости трансмиссивными инфекциями, передаваемыми клещами.¹

Особенности заболеваемости населения в территориях ДФО показывают, что уровень заболеваемости детей и подростков значительно превышает уровень заболеваемости других возрастных групп населения, что является источником интереса к уровню заболеваемости взрослого населения региона.

Заболеваемость взрослого населения в 2011 г. составила в РФ 56 306,7 на 100 тыс. населения, а в ДФО – 52 298,4, при максимальном уровне в ЧАО 85 325,5 и минимальном – в ЕАО (45 392,7) и в Хабаровском крае (45 459,3). По ряду классов заболеваний показатели значительно превышают среднероссийские. Так, заболеваемость взрослого населения инфекционными и паразитарными болезнями в ДФО в 2011 г. превышала российский уровень на 10,9 %, болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ – в 1,3 раза (табл. 24).

В структуре заболеваемости взрослого населения ДФО в 2011 г. первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (24,9 %), во втором – внешние причины (18,1 %), на третьем – заболевания беременности, родов и послеродового периода (15,7 %), на четвертом – болезни мочеполовой системы (9,1 %), на пятом – болезни системы кровообращения и костно-мышечной системы (4,9 %).

Довольно часто на Дальнем Востоке России ситуация складывается так, что больной человек может и не знать о своей болезни, по разным причинам мог и не обращаться за медицинской помощью в течение нескольких лет или даже всей жизни. В связи с этим, показатели общей и первичной заболеваемости дают лишь приблизительное представление о количестве больных той или иной патологией. Уровень приближения этих показателей к истинному значению зависит, в том числе, и от уровня развития здравоохранения в регионе, доверия к нему граждан, от доступности, качества и стоимости медицинских услуг.

В период рыночных реформ заболеваемость населения по всем основным классам болезней, учет которых ведется Росстатом, кроме большинства инфекционных и болезней органов дыхания, значительно увеличилась. Следует отметить значительный рост неинфекционных болезней: крови и кроветворных органов, эндокринной системы, мочеполовой системы, врожденных аномалий – более чем в два раза всего за 10-15 лет. Существенно выросла заболеваемость болезнями системы кровообращения и онкологическими болезнями. Эти заболевания являются основными причинами смерти граждан в ДФО.

¹ Письмо Федеральной службы Роспотребнадзора от 06.02.2012 № 01/980-12-32 «О перечне эндемичных территорий по клещевому вирусному энцефалиту в 2011 г.»

**Заболееваемость взрослого населения субъектов РФ ДФО по классам болезней (2011 г.)
(на 100 000 взрослого населения)**

Класс заболеваний	Респ. Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская обл.	Магаданская обл.	Сахалинская обл.	ЕАО	ЧАО	ДФО	РФ
Заболееваемость	64 773,7	52 274,1	50 151,8	45 459,3	45 459,3	52 447,1	57 090,1	45 392,7	85 325,5	52 298,4	56 306,7
Инфекционные болезни	1 621	3 875,7	2 212,9	2 476,3	2 598,1	3 964,2	3 711,8	3 713,3	2 200,0	2 529,3	2 279,6
Новообразования	1 288,7	1 181,9	1 144,1	988,7	992,8	1 029,2	1 397,2	1 659,0	1 583,1	1 147,4	1 258,1
Болезни эндокринной системы	1 507,1	639,8	645,4	617,8	854,1	1 014,3	1 212,3	952,5	2 030,6	860,3	849,1
Болезни крови	313,9	176,9	229,6	126,2	140,4	78,7	136,4	85,4	505,7	191,2	234,6
Психические расстройства	709,1	756,7	678,5	376,2	583,9	595,7	745,8	570,9	884,2	610,2	529,5
Болезни нервной системы	1 916,6	543,3	633,1	361,8	738,2	662,5	830,0	341,4	1 932,6	780,4	1 059,8
Болезни глаза	3 621,9	2 118,2	1 942,1	2 221,1	2 587,8	1 484,8	2 444,8	1 156,2	5 313,3	2 363,6	2 958,2
Болезни уха	1 723,5	1 545,6	1 622,2	2 040,6	1 779,2	1 274,7	1 475,7	680,0	2 401,2	1 703,8	2 249,1
БСК	3 789,7	5 407,8	2 077,7	1 735,2	2 448,8	1 269,2	3 032,6	2 443,0	3 560,7	2 539,4	3 197,4
Болезни органов дыхания	16 841,3	12 632,8	12 494,6	13 028,0	11 850,2	11 968,1	11 507,1	9 546,8	24 631,4	13 059,0	16 235,6
Болезни органов пищеварения	5 392,9	1 840,9	2 226,1	1 576,8	4 904,5	752,2	6 901,7	1 094,5	3 536,9	3 172,3	2 273,8
Болезни мочеполовой системы	5 627,9	5 051,0	5 071,4	3 469,0	4 942,8	5 382,9	4 837,2	3 481,6	9 763,6	4 761,2	5 203,3
Беременность, роды и послеродовый период	6 349,8	7 347,2	8 224,1	6 679,0	7 873,4	20 235,2	14 400,5	7 047,7	3 832,7	8 217,7	7 981,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4 329,3	3 724,6	3 455,5	3 841,1	3 423,1	3 514,9	4 499,2	3 534,0	6 610,5	3 782,4	3 820,7
Болезни костно-мышечной системы	3 701,4	2 426,5	1 987,3	1 829,2	2 766,1	1 762,6	4 122,8	3 707,5	6 287,6	2 561,6	3 149,9
Врожденные аномалии	41,5	23,8	25,5	9,1	63,6	3,1	16,6	6,5	23,8	27,2	21,5
Внешние причины	1 0126,9	7 650,2	10 890,4	8 541,2	8 984,1	11 430,7	5 885,3	10 020,9	12 262,7	9 453,3	8 727,8

Различия в уровне и структуре заболеваемости населения ДФО требуют проведения многофакторного анализа для принятия решений по приоритетным направлениям развития системы здравоохранения региона. Результаты анализа свидетельствуют о недостатках в организации медицинской помощи, поздней диагностике распространенных заболеваний и др. В сложившейся кризисной социально-экономической ситуации на Дальнем Востоке России для отрасли здравоохранения большое значение имеют не только количественные характеристики заболеваемости населения, но еще большее значение имеют качественные характеристики, в частности состояние здоровья лиц трудоспособного возраста.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ). Особое место в теории и практике здравоохранения в последние годы занимают факторы здоровья и риска, т. е. явления повседневной жизни, образа жизни. Наличие сложного комплекса этих факторов требует всесторонней оценки здоровья трудовых коллективов в аспекте «организм-среда-поведение» (Ю.П. Лисицын, Н.Ф. Измеров, О.В. Гринина, Е.А. Овчаров и др.).

В этой связи возникает настоятельная необходимость изучения комплекса факторов в возникновении заболеваний, влекущих временную утрату трудоспособности работников предприятий и учреждений региона. При этом необходимо учитывать, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает умеренную степень зависимости от качества рабочих мест и системы коллективного и индивидуального найма на работу.

В этой связи, хотелось бы отметить, что «лист временной нетрудоспособности» служит определенным мерилем связи между показателями здоровья работающего населения и экономикой региона/страны. Этот документ больной получает в медицинской организации в случае болезни и получает денежное возмещение за период болезни. За год в России выписывается около 30 млн больничных листов на более чем 400 млн дней нетрудоспособности. Средняя сумма, оплачиваемая по больничному – около 450 рублей за сутки, а за один случай нетрудоспособности Фонд обязательного социального страхования выплачивает около 5,5 тыс. рублей. Итого общие затраты на оплату больничных листов в России составляют более 165 млрд руб. в год.

Что же относительно мировой практики, то денежное возмещение временной нетрудоспособности практикуется в 154 странах мира. По данным, проводимого нами анализа на основании опросов пациентов в территориях ДФО около половины вызовов участкового врача связана не с тем, что пациенту требуется осмотр врача на дому, а с тем, что ему нужен лист временной нетрудоспособности. В большинстве стран для оправдания пропуска работы в течение 6 дней в году вообще не требуется никакого документа: сотрудник может «прогулять» без потери среднего заработка эти дни. Анализ многих случаев ЗВУТ в ДФО показал, что большинство «больничных листов» выписывается по поводу кратковременных заболеваний – острых респираторных инфекций, как правило, не более чем на 5-6 календарных дней.

По данным опросов трудоспособных дальневосточников более 90 % из них при достаточно легком течении заболевания предпочитают не получать лист временной нетрудоспособности по следующим мотивам:

- ✓ *не желают проводить несколько часов в очереди к врачу,*
- ✓ *теряют в зарплате за время болезни,*
- ✓ *лист нетрудоспособности не нужен, проще отпроситься у руководителя,*
- ✓ *опасаются увольнения из-за пребывания на больничном листе.*

В то же время лист нетрудоспособности является дополнительным источником коррупционного сговора врача и пациента. Продление больничных на существенный срок – сложная процедура, находящаяся на контроле у заведующего отделением или председателя КЭК ЛПУ. Респонденты отмечали, что в последнее время манипуляции с больничными листами встречаются реже, однако это одно из весьма распространенных в регионе профессиональных преступлений медицинских работников. В этой связи следует отметить, что в большинстве стран специальных листков нетрудоспособности нет. Само наличие этого документа в отечественном здравоохранении в том виде, в котором он существует в настоящее время, стимулирует рост непроизводительных затрат рабочего времени медицинских работников и способствует развитию коррупции.

Система анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности достаточно архаична, и уходит своими истоками в социалистическое здравоохранение. Вряд ли стоит упоминать о том, что в открытых источниках администраций субъектов РФ ДФО, на сайтах отдельных предприятий и организаций всех без исключения форм собственности, в публикациях и иных информационных материалов региональных СМИ можно получить исчерпывающую информацию о ЗВУТ.

В реальной ситуации обращает на себя внимание вариабельность заболеваемости с временной утратой трудоспособности в субъектах РФ ДФО (рис. 24). В частности, число дней нетрудоспособности на 100 работающих, как показатель экономических потерь в ДФО превышает уровень РФ на 7,8 %.

Невысокий уровень ЗВУТ регистрируется в Приморском крае, Амурской области, Хабаровском крае. Вместе с тем, при низком уровне заболеваемости по данным обращаемости в ЕАО, регистрируется сверхвысокий показатель ЗВУТ – 1 131 день на 100 работающих, что свидетельствует о тяжести заболеваний, возможно в результате высокого уровня запущенности и тяжести патологии, и отражает катастрофическую кадровую ситуацию в отрасли.

Заболеваемость женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Региональная медицина традиционно отодвигала охрану здоровья женщин на второй план. Вплоть до настоящего времени немногие региональные программы уделяли внимание особенностям оказания медицинской помощи женщинам в разные возрастные периоды их жизни, а исследования, посвященные охране здоровья женщин, в частности их заболеваемости, носили фрагментарный характер и практически не

финансировались. В условиях реализации системы медицинского страхования дети и многие беременные женщины отнесены к так называемому неработающему населению, что автоматически отнесло их к гражданам «второго сорта», поскольку региональные администрации неохотно и нерегулярно выполняли свои обязательства по платежам в фонд ОМС за неработающее население. Что в достаточной мере усугубило ситуацию с уровнем заболеваемости беременных женщин.



Рис. 24. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих в ДФО в 2011 г. (приведено по данным Росстата, 2012 г.)

В то же время, фертильность является одной из важнейших проблем здравоохранения региона. Семьи дальневосточников, в составе которых имеются беременные женщины, концентрируется в низко доходных группах населения, что подпитывает рост уровня заболеваний, осложнивших роды и послеродовой период. Проблема массовой бедности семей дальневосточников стала одной из острейших проблем переходного периода и рыночных реформ, доля малоимущих в конце 1990-х гг. достигала 30 % населения ДФО. Сложившаяся ситуация отрицательно сказалась на здоровье самых уязвимых категорий взрослого населения – беременных женщинах.

За период 1990–2010 гг. заболеваемость женщин в период беременности, родов и послеродовой период в ДФО увеличилась в 2 раза, в том числе почти в 4 раза выросли анемии, в 2 раза – заболевания почек и мочеполовой системы, болезни системы кровообращения, сахарный диабет, отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства, на 21,8 % – нарушения родовой деятельности. Имеются и региональные отличия. Так, в Дальневосточном федеральном округе по сравнению с Российской Федерацией анемия регистрируется чаще в 1,3-1,5 раза (Республика Саха (Якутия), Камчатский край), болезни мочеполовой сис-

темы – в 2-2,5 раза (Республика Саха (Якутия), нарушения родовой деятельности – в 1,5 раза (Сахалинская, Еврейская автономная области) (табл. 25).

Отражением неудовлетворительного финансирования программ по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи, а так же низкого социально-экономического уровня среднестатистической молодой семьи дальневосточников является значительное ухудшение состояния, как общего, так и репродуктивного здоровья девушек, показатели заболеваемости среди которых на 10-15% выше, чем у юношей в субъектах РФ ДФО.

Таблица 25

**Заболевания, осложнившие роды и послеродовой период
в 2007–2010 гг. в субъектах РФ ДФО (на 1 000 родов)***

Заболевания	ДФО	1	2	3	4	5	6	7	8
Анемия	215,2	304,5	371,8	118,2	230,0	186,9	204,9	221,7	251,9
Болезни системы кровообращения	71,4	95,7	219,6	47,6	37,7	112,0	78,9	47,2	15,5
Сахарный диабет	2,0	1,7	3,3	2,6	1,9	2,0	1,1	1,0	0,4
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	192,5	167,3	428,9	185,8	212,5	179,1	111,2	163,9	130,5
Болезни мочеполовой системы	110,6	216,0	190,8	108,7	61,4	67,6	23,0	75,4	49,7
Венозные осложнения	13,5	9,6	40,2	13,4	7,9	8,7	1,6	36,9	9,4
Кровотечения в последовом и послеродовом периодах	18,4	36,5	10,3	12,4	16,5	14,3	8,2	15,1	16,3
Нарушения родовой деятельности	117,8	90,2	138,3	126,4	129,1	76,4	95,9	175,8	171,6

*1 – Республика Саха (Якутия), 2 – Камчатский край, 3 – Приморский край, 4 – Хабаровский край, 5 – Амурская область, 6 – Магаданская область, 7 – Сахалинская область, 8 – Еврейская автономная область.

Родовспоможение как важнейшая отрасль здравоохранения имеет особую социальную и политическую значимость, особенно в современной демографической ситуации в ДФО. Статистика заболеваний женщин в родах и послеродовом периоде чрезвычайно важна, поскольку характеризует, во-первых, здоровье рожаящих женщин, а значит и качество популяции дальневосточников – будущих трудовых ресурсов региона, во-вторых, уровень службы охраны здоровья матери и ребенка, являясь в то же время основой для ее реформирования. При этом, достоверность перинатальной и акушерской статистической информации, отражающей репродуктивное здоровье и тенденции воспроизводства населения, есть необходимое условие реального отражения демографической ситуации в регионе как в количественном, так и в качественном отношении.

Заболееваемость детского населения. Анализ заболееваемости детского населения показал, что за период 2000–2011 гг. ее уровень среди детей до 14 лет вырос в РФ на 30,5 %, ДФО – в 1,5 раза, в том числе в ЧАО – в 2 раза, Республике Саха (Якутия) – на 67 % (рис. 25).

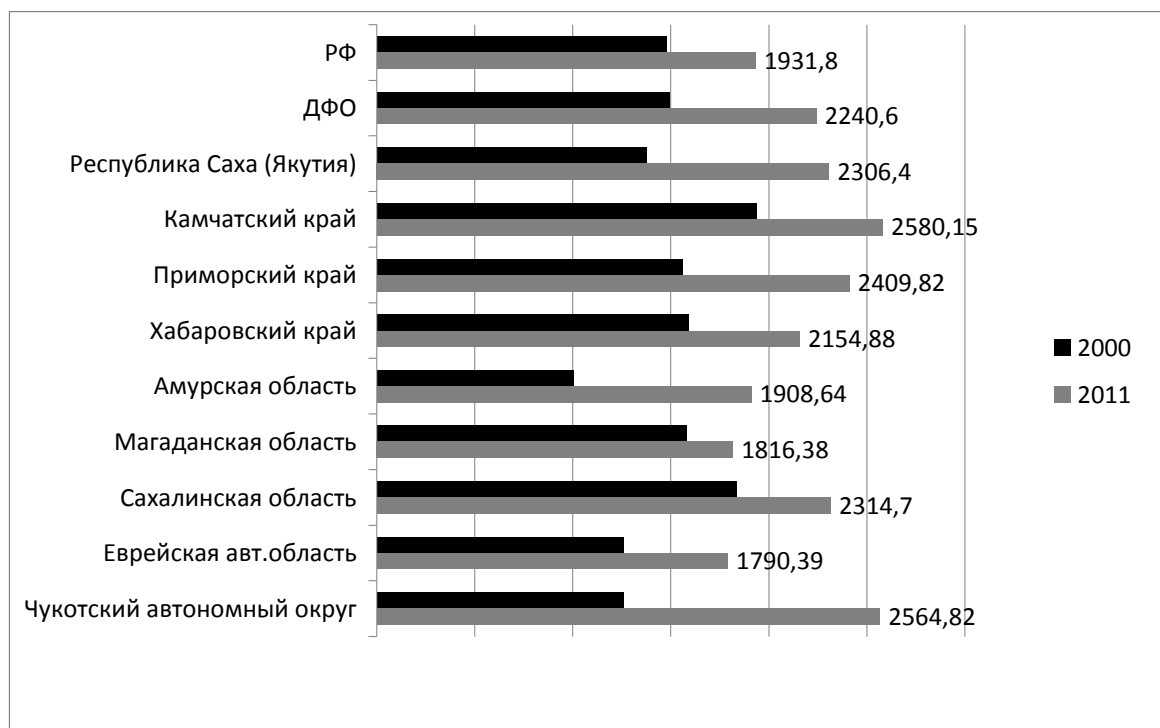


Рис. 25. Заболееваемость детского населения в 2000, 2011 г. на 1 000 детей от 0 до 14 лет

Уровень заболееваемости в ДФО превышает среднероссийский уровень на 15,9 %, а по отдельным субъектам до 24-32 % (Приморский край, ЧАО).

За период 2000–2011 гг. заболееваемость новообразованиями выросла практически в 3 раза и превышает российский уровень на 36 %, болезнями системы кровообращения и органов дыхания – в 2раза.

Общая заболееваемость детского (0-14 лет) населения в большинстве территорий Дальневосточного федерального округа (в 6 территориях) в 2011 г. превышала таковую в среднем по Российской Федерации (рис. 26).

В целом общая заболееваемость детей ДФО превышала уровень РФ на 11,6 %: 266 583,8 против 238 788 на 100 000 детей. Лидерами по общей заболееваемости детей в Дальневосточном федеральном округе были Чукотский автономный округ (306 161,5 на 100 тыс. детей), Камчатская край (305 265,9), Сахалинская область (279 025,4), Приморский край (279 755,0) и Республика Саха (Якутия) (275 474,1). Наименьшие показатели болезненности в 2011 г. зарегистрированы в Еврейской автономной области (215 777,3), Магаданской (223 473,9) и Амурской областях (232 512,5).

В структуре общей заболееваемости по обращаемости у детей Дальневосточного федерального округа на первом месте находятся болезни органов ды-

хания (55,96 %), на втором месте – болезни органов пищеварения (7,2 %), на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (4,9 %), на четвертом – внешние причины (4,7 %), на пятом – болезни глаза (4,25 %) (рис. 26, 27).



Рис. 26. Общая заболеваемость детского населения (0–14 лет) в 2011 г. в субъектах РФ ДФО на 100 000 детского населения

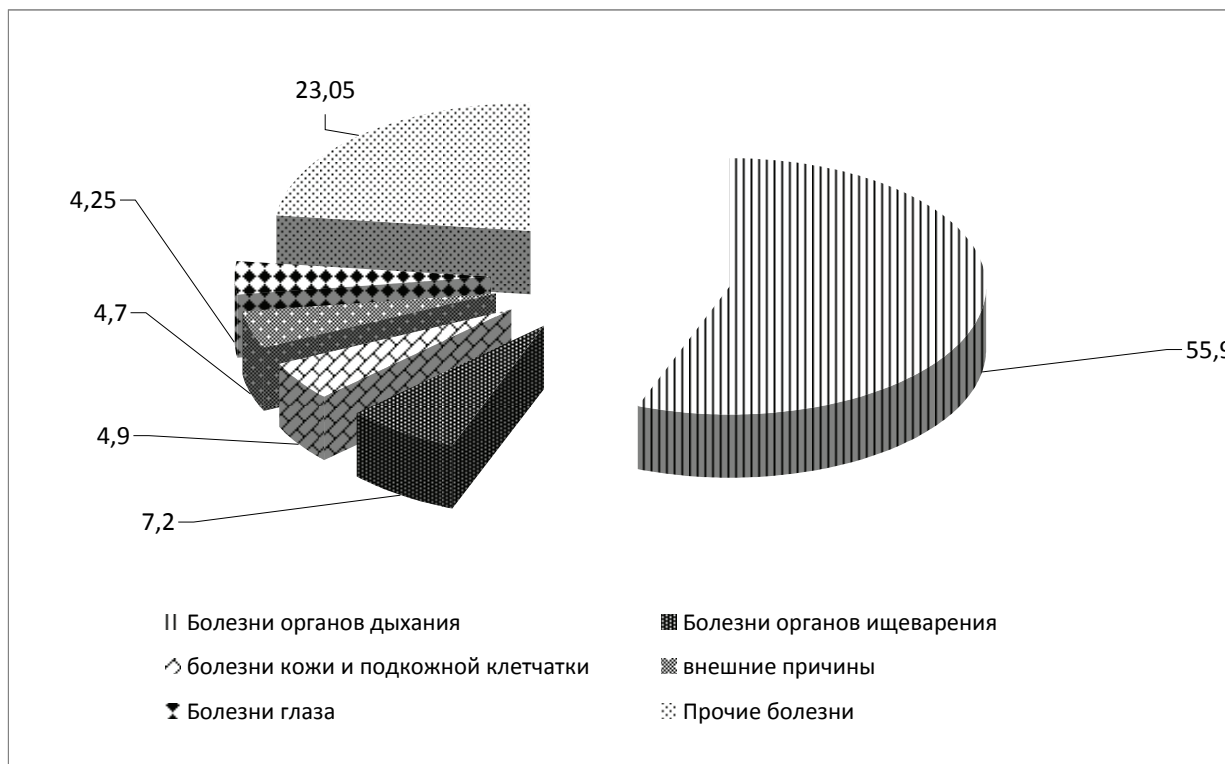


Рис. 27. Структура общей заболеваемости детского населения 0–14 лет ДФО в 2011 г. (в %)

В отличие от ДФО, в целом по России в структуре заболеваемости детей третье место занимают болезни глаза и его придаточного аппарата, а внешние причины и болезни кожи и подкожной клетчатки стоят на четвертом и пятом месте соответственно.

Почти во всех территориях отдельные показатели общей заболеваемости детей по классам заболеваний превышают средний уровень соответствующего показателя по РФ.

В то же время, при анализе общей заболеваемости детей по отдельным классам болезней в субъектах федерации ДФО были выявлены территориальные различия.

Общая заболеваемость новообразованиями в 2011 г. превышала среднероссийский уровень на 28,2 % (в Камчатском крае – в 1,8 раза, Амурской области – на 35 %), инфекционными болезнями – на 20,3 % (в Сахалинской области – в 1,7 раза, в Магаданской и Камчатской области – в 1,4 раза), болезнями органов пищеварения – на 33,1 % (в Сахалинской области – в 3 раза, в Республике Саха (Якутия) – в 1,5 раза, в Амурской области и ЧАО – на 22 %), болезнями органов дыхания – на 17,2 % (в Камчатском крае – в 1,5 раза, ЧАО – в 1,4 раза, в Республике Саха (Якутия) – на 27,3 %. В Магаданской области, ЧАО уровень общей заболеваемости психическими расстройствами превышала российский уровень в 1,5 раза.

Наиболее характерной для детского населения округа патологией в 2011 г. были инфекционные заболевания (выше среднероссийского уровня в 9-ти субъектах федерации), новообразования (выше среднероссийского уровня в 9-ти субъектах федерации), болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки (выше среднероссийского уровня в 8-ми субъектах федерации), психические расстройства (выше среднероссийского уровня в 5-ти субъектах федерации), болезни органов пищеварения (выше среднероссийского уровня в 5-ти субъектах федерации). В этой связи следует отметить, что высокий уровень инфекционной патологии среди детей региона формируется на фоне непрекращающегося роста финансовых вливаний в мероприятия по профилактике и предупреждению инфекционных заболеваний.

Что же относительно уровня заболеваемости подростков, то в этих возрастных группах дальневосточников сохраняются тенденции, характерные для всех возрастных групп региона, где повсеместно наблюдается стабильно сформированный тренд роста данного показателя.

Наибольший рост уровня заболеваемости среди подростков в 2010 г. наблюдался в Амурской обл. – 1 880 на 1 000, а среди детей - в ЧАО (2 385,1 на 1 000) (табл. 26, 27).

Это еще раз указывает на снижение уровня профилактических мероприятий в семьях дальневосточников, имеющих детей, а также на низкий уровень эффективности инвестиций из федерального и региональных бюджетов в укрепление кадровой ситуации в ЛПУ службы охраны здоровья матери и ребенка.

Таблица 26

Заболееваемость подростков (15–17 лет) в ДФО на 1 000 населения)

Год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная область	Чукотский автономный округ
2001	766,6	1 072,6	861,8	891,1	825,6	855,9	1 231,98	890,9	687,2
2005	1 017,6	1 584,2	1 201,9	1 072,3	1 009,4	1 151,8	1 236,85	889,4	1 361,4
2009	1 244,5	1 699,7	1 549,7	1 463,9	1 722,76	1 214,6	1 587,14	1 032,1	1 468,7
2010	1 339,9	1 535,0	1 689,9	1 317,9	1 880	1 278,3	1 768,76	948,7	1 661,5

Таблица 27

Заболееваемость детей (0–14 лет) в ДФО (на 1 000 населения)

Год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная область	Чукотский автономный округ
2001	1 382,3	1 714,3	1 613,3	1 636,3	1 247,5	1 484,0	1 863,01	1 324,9	1 622,5
2005	1 612,4	2 262,4	2 094,7	1 887,7	1 483,2	1 851,2	1 935,01	1 435,9	2 369,6
2009	2 192,8	2 376,3	2 452,6	2 215,2	1 867,05	2 160,6	2 241,63	1 819,7	2 432,3
2010	2 255,0	2 247,1	2 232,2	2 084,4	1 779,94	1 910,9	2 288,84	1 725,8	2 385,1

4.2. Болезни социального неблагополучия региона в условиях рыночных реформ

Динамика показателей заболеваемости населения России болезнями «социального неблагополучия», инфекционного и неинфекционного характера, как отражение рыночных реформ, вызывает сегодня особую тревогу. Поскольку 1990-е годы закончились, после 2000 года социально-экономическая ситуация в государстве улучшилась и уровень заболеваемости некоторыми социально значимыми инфекциями остается высоким, несмотря на снижение, которое наблюдается в последние годы (рис. 28).²

Болезни «социального неблагополучия» инфекционного характера. Особую тревогу российского общества вызывает высокий уровень распространения туберкулеза, появление форм инфекции с множественной лекарственной устойчивостью, а самое главное, случаев сочетания туберкулезной инфекции с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

² Социально-экономическое положение России. Январь 2012 года и предыдущие выпуски ежемесячного доклада; Здоровоохранение в России. 2011; Российский статистический ежегодник, 2011 и предшествующие годы.

После резкого подъема в первой половине 1990-х годов быстро снижался уровень заболеваемости гонореей – в 2011 году она была втрое ниже, чем в 2000 году (38 против 121 на 100 тысяч человек), и в 6 раз ниже, чем в 1993 году (230 на 100 тыс.). Снижается первичная заболеваемость сифилисом, которая в 1995–2003 годах заметно превышала уровень заболеваемости гонореей, а, начиная с 2004 года, практически совпадает с ним. В 2011 году она снизилась, по сравнению с 2000 годом, в 4,4 раза (37 заболевших с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек против 165), хотя и оставалась в 7 раз выше, чем в 1990 году (5,3). По данным оперативной отчетности за 2011 год, число заболевших этими болезнями продолжало снижаться: было выявлено 52,7 тысячи заболевших сифилисом (на 14,8 % меньше, чем в 2010 году) и 54,2 тысячи человек, заболевших гонококковой инфекцией (на 9,2 % меньше).

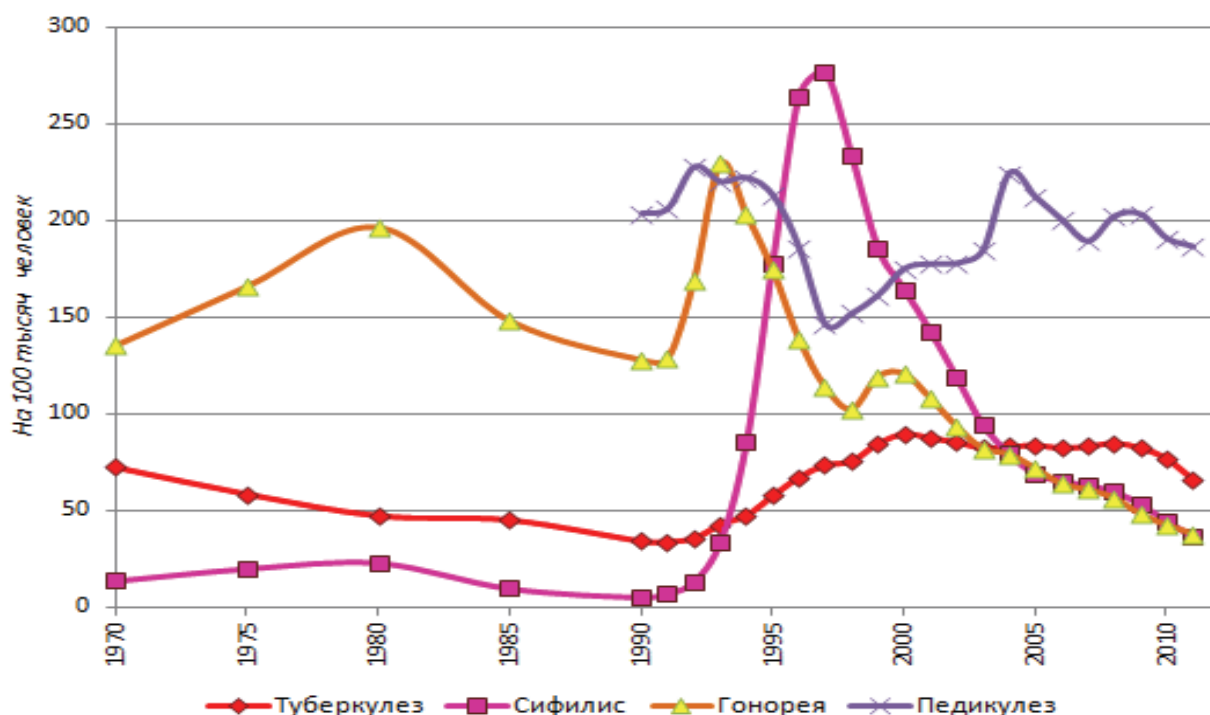


Рис. 28. Заболеваемость населения РФ некоторыми болезнями «социального неблагополучия», больных с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек постоянного населения, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990–2011 гг.

Сокращается также число больных сифилисом, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях. Если на начало 2001 года оно составляло около 732 тысяч (504 на 100 тысяч человек), то на начало 2011 года – 279 тысяч человек (195). Однако при этом продолжает повышаться удельный вес больных, источники заражения которых не выявлены, что, вероятно, повышает долю латентной заболеваемости. Среди заболевших сифилисом в 2011 году доля лиц, для которых источники заражения не были выявлены, составила 80,9 % против 70 % в 1995 году и 40 % в 1990 году, а среди заболевших гонореей – 87,7 % против 82 % в 1995 году и 60 % в 1990 году.

Что касается других инфекций «социального неблагополучия», следует отметить сохранение значительного числа регистрируемых случаев педикулеза – болезни военных лет, безнадзорных детей и бездомных людей. Уровень заболеваемости педикулезом имеет определенные колебания, но без выраженных тенденций динамики к росту или снижению.

В 1990-е годы уровень зарегистрированной заболеваемости туберкулезом вырос в России, как и практически во всех бывших республиках СССР, в 2,5 раза. Первичная заболеваемость активным туберкулезом достигла наибольшей величины в 2000 году – 90 заболевших на 100 тысяч человек (130,7 тысячи человек). Затем отмечалось незначительное снижение (до 82,7 заболевших на 100 тысяч человек в 2003 году) и стабилизация на уровне около 83 заболевших на 100 тысяч человек в 2004–2007 годах. В 2004 году туберкулез был признан социально значимым заболеванием³, а затем началась реализация мероприятий специальной программы «Туберкулез», предусматривавшей дополнительное обеспечение субъектов Российской Федерации необходимым медицинским оборудованием и противотуберкулезными препаратами.⁴

В 2008 году уровень первичной заболеваемости активным туберкулезом повысился до 85 на 100 тысяч человек, а затем стал снижаться – до 66 на 100 тысяч человек, по предварительным данным за 2011 год⁵, что примерно соответствует уровню середины 1990-х и первой половины 1970-х, т. е. к дореформенному периоду.

Заболеваемость туберкулезом среди мужчин почти втрое выше, чем среди женщин. В конце 1990-х годов первичная заболеваемость активным туберкулезом среди мужчин была в 3,7 раза выше, чем среди женщин (139 и 38 в расчете на 100 тысяч человек в 1999 году). В 2001–2010 годы заболеваемость мужчин активным туберкулезом сокращалась (кроме 2008 года), а среди женщин она продолжала понемногу возрастать до 2008 года, в результате чего различия в заболеваемости по полу сократились до 2,7 раза в 2007–2008 годах (рис. 29).

В 2010 году было выявлено 76,3 тысячи мужчин и 33,6 тысячи женщин, больных активным туберкулезом (115 и 44 в расчете на 100 тысяч человек соответствующего пола). Различия по полу снизились до 2,6 раза (такими же они были в начале 1990-х годов). Доля мужчин среди людей, заболевших активным туберкулезом, снизилась с 76,1% в 2000 году до 69,5% в 2009–2010 годах. Особенно много заболеваний активным туберкулезом в России регистрируется среди мужчин молодых и средних возрастов. Так, в пиковый 2000 год на каждые 100 тысяч мужчин в возрасте 18–34 лет было выявлено 212 человек с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, а среди женщин того же возраста – около 70. Несколько ниже была заболеваемость в возрастной группе от 35 до 54 лет (210 и 46), хотя в последующие годы наибольшее число забо-

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

⁴ В рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 № 280

⁵ <http://www.hivrussia.org/stat/2011.shtml>

левших отмечалось именно в этой старшей группе. Доля людей в трудоспособных возрастах от 18 до 54 лет неизменно составляет около 80% всех зарегистрированных заболевших активным туберкулезом.

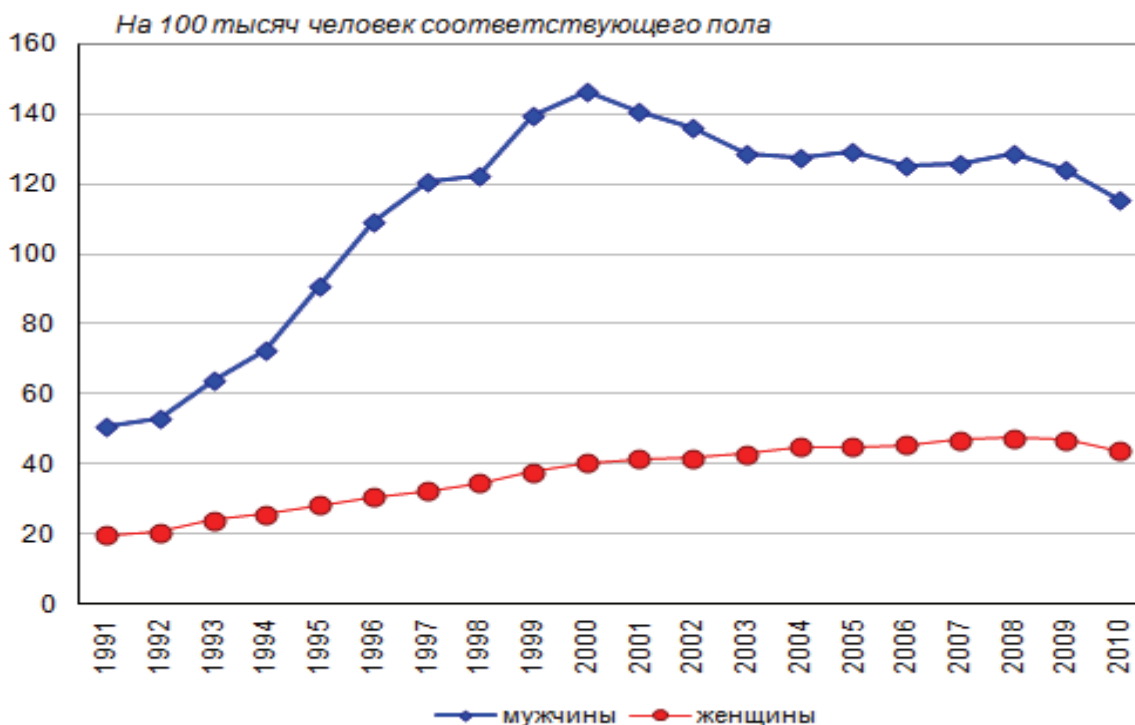


Рис. 29. Заболеваемость мужчин и женщин РФ активным туберкулезом, больных с впервые установленным диагнозом на 100 тысяч человек, 1991–2010 гг.

Рыночные преобразования в Российских провинциях особенно тяжело отразились на категориях населения, по разным причинам не вписавшихся в структуры реорганизуемой экономики, сопровождавшихся массовой безработицей, невыплатой заработной платы и обнищанием значительного числа семей, имеющих детей. В связи с этим распространение социально значимых заболеваний на Дальнем Востоке России имеет определенную специфику и особенности. В частности, к 2011 году уровень распространения активного туберкулеза, гонореи и сифилиса в ДФО был достоверно выше, чем в России в целом (рис. 30).

Дальневосточный федеральный округ является одним из самых неблагополучных по заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации: в 2011 году показатель превышал среднероссийский в 1,8 раза: 129 против 73 на 100 000 чел. Отмечено существенное увеличение показателя заболеваемости во всех субъектах РФ ДФО, в то же время его уровень различен. Самые высокие показатели зарегистрированы в Приморском крае – 172,1 на 100 тыс. населения и Еврейской автономной области – 175,8.

Несмотря на некоторое снижение первичной заболеваемости туберкулезом в 2011 г. в целом по ДФО она остается стабильной на протяжении нескольких лет и стабильно держится на уровне 116-120 случаев на 100 тыс. населения (рис. 31).

Рост показателя заболеваемости туберкулезом произошел как за счет больных, зарегистрированных в системе территориального здравоохранения, так и за счет пациентов выявленных в пенитенциарной системе - учреждениях Федеральной системы исполнения наказаний (УФСИН). В этой связи следует отметить факт дислокации значительного числа УФСИН в субъектах РФ ДФО, что оказывает значительное влияние на формирование региональных показателей заболеваемости туберкулезом.

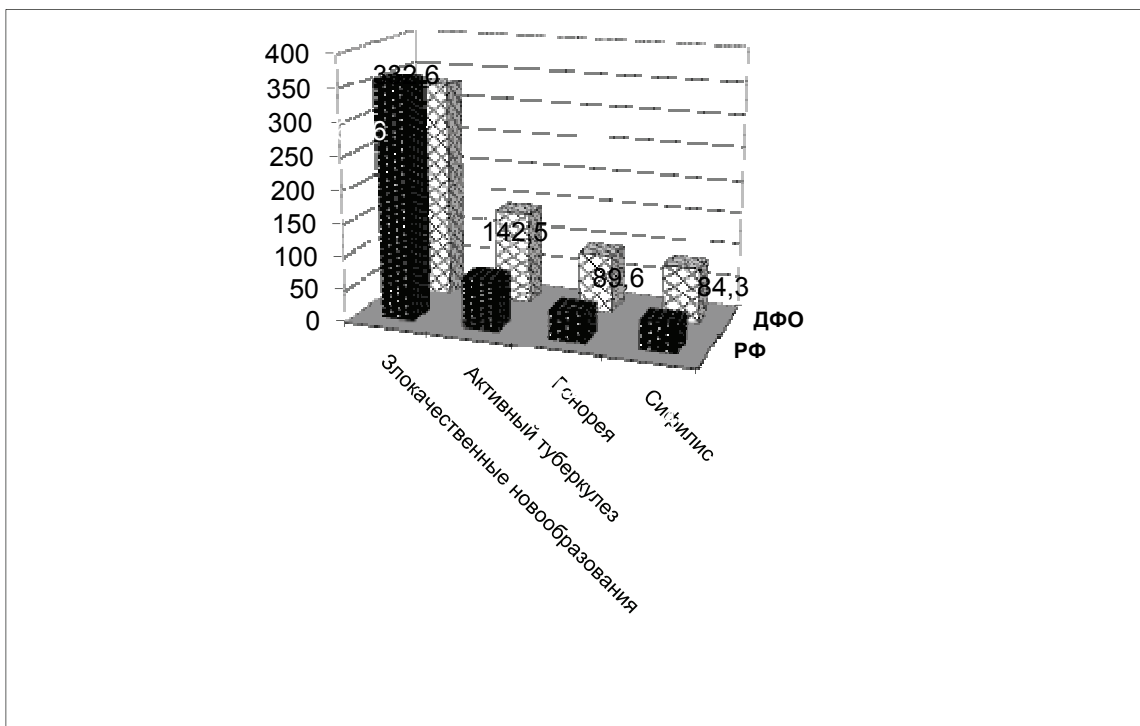


Рис. 30. Показатели заболеваемости социально-значимыми болезнями в ДФО на 100 тыс. населения (2011 г.)

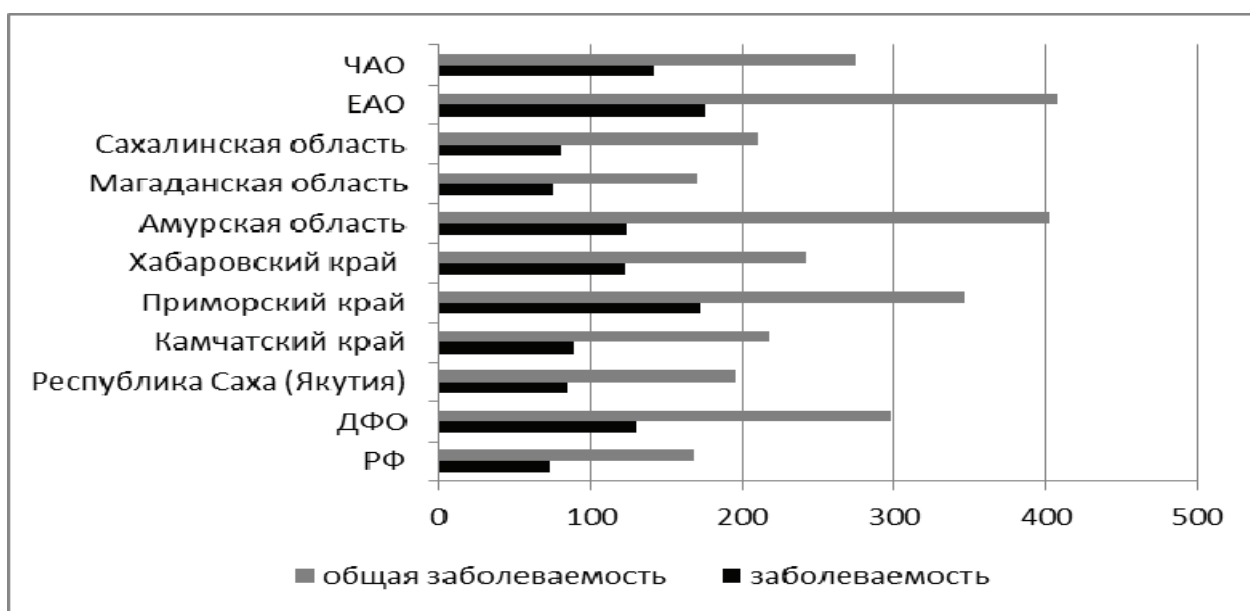


Рис. 31. Заболеваемость активным туберкулезом на 100 тыс. человек в субъектах РФ ДФО в 2011 г.

Только с 2003 по 2008 гг. доля больных, зарегистрированных в УФСИН, среди всех впервые выявленных увеличилась с 12,7 до 15 %, в Республике Саха (Якутия) – до 22,5 % (в 2 раза), в Магаданской области - до 26,8 % (в 8 раз). Дестабилизирующим фактором является и то, что более 2 % среди впервые выявленных больных туберкулезом составляют лица без определенного места жительства (БОМЖ), которые с эпидемиологической и социальной точки зрения являются резервуаром подпитывающим формирование новых очагов распространения микобактерии туберкулеза устойчивой к полихимиотерапии.

Это нашло свое отражение в динамике показателей распространенности туберкулеза среди детей. Специальное медико-социальное исследование, проведенное в г. Хабаровске⁶, позволило установить следующее:

✓ за период 2000–2010 гг., показатель инфицированности детей в возрасте 6 лет увеличился в 1,9 раза (с 14,4 до 26,8 %), 13 лет – в 2,1 раза (с 21,9 до 46,7 %);

✓ число контактных с больными активным туберкулезом с бактериовыделением среди детей до 14 лет выросло в 2,9 раза (с 149,3 в 2000 г. до 429 на 100 000 детского населения в 2010 г., $p < 0,001$), детей 15-17 лет – в 2,4 раза (с 90,6 в 2000 г. до 221,7 на 100 000 подросткового населения в 2010 г., $p < 0,05$).

Установлено достоверное снижение охвата химиопрофилактикой детей 15-17 лет с $95,1 \pm 3,8$ % в 2000 г. до $72,1 \pm 8,7$ % в 2010 г., $p < 0,05$; детей 14 лет с $98,1 \pm 1,1$ % до $85,0 \pm 3,9$ %, соответственно, $p < 0,001$, что обусловлено низкой медицинской активностью семей и социальными факторами.

Среди контингентов детей 15-17 лет с впервые выявленным туберкулезом в г. Хабаровске:

✓ каждый пятый ($20,6 \pm 3,0$ %) относился к неорганизованным; около половины ($47,7 \pm 3,7$ %) воспитывались в малоимущих и социально дезадаптированных семьях;

✓ у каждого второго ($42,2 \pm 3,6$ %) регистрировались хронические заболевания бронхолегочной системы или частые ОРВИ,

✓ около половины ($42,8 \pm 3,6$ %) курили, употребляли алкогольные напитки.

Следовательно, в целом ситуацию по туберкулезу в ДФО можно охарактеризовать как крайне сложную, т. к. и показатель заболеваемости, и показатель болезненности превышают средние для Российской Федерации.

К числу «социальных» болезней относят и венерические заболевания, важнейшими из которых являются сифилис и гонорея. Эти заболевания «расцветают» в период социальной и экономической нестабильности общества, что можно было наблюдать в течение всех 90-х годов и начале 2000-х. Анализ ситуации распространения сифилиса в субъектах РФ ДФО показывает, что лиде-

⁶ Дьяченко О.А. Совершенствование медицинской помощи детям, больным туберкулезом в зависимости от медико-социальной характеристики семьи (на примере города Хабаровска). Автореф. дисс. к.м.н., Хабаровск, 2012, 24 с.

рами являются две территории – ЕАО и Амурская обл., а наиболее низкий уровень в Магаданской области (рис. 33).

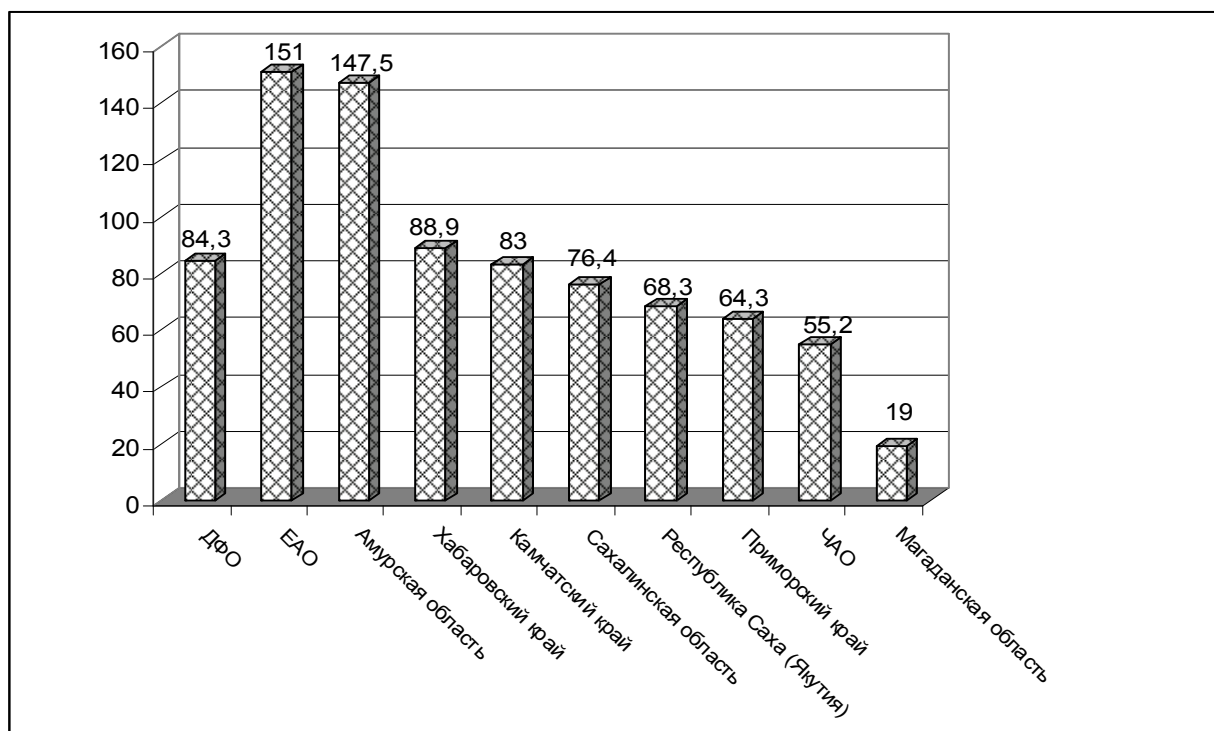


Рис. 33. Заболеваемость сифилисом в субъектах РФ ДФО в 2011 г. на 100 тыс. населения

По уровню распространения сифилиса ДФО занимает первое место в России и превышает среднероссийский показатель в 2 раза. В то же время рост числа коммерческих ЛПУ в регионе и состоявшийся факт не предоставления последними статистических данных в региональные МИАЦы значительно снижает официально признанный показатель заболеваемости сифилисом в регионе. Таким образом, реальный уровень распространения сифилиса в регионе значительно выше.

Многие исследователи указывают на вклад миграционных процессов в распространение инфекционных заболеваний. По мнению ряда авторов (Ojeda V.D. et al., 2009; Camlin C.S. et al., 2010), мигранты являются «ядерной группой» поддерживающей неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по инфекциям, передаваемым половым путем. По мнению Г.Г. Онищенко в России только среди легальных трудовых мигрантов заболеваемость инфекциями передаваемыми половым путем, составляет 1 331,5 случаев на 100 тыс. обследуемых (Онищенко Г.Г., 2009). Изучение эпидемиологической роли мигрантов в распространении сифилиса, а также факторов, поддерживающих неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию в субъектах РФ ДФО, к сожалению, до настоящего времени не проводилось.

При анализе клинической структуры этой инфекции среди населения обращает внимание невысокий удельный вес позднего скрытого сифилиса среди всех зарегистрированных в 2010 г. форм заболевания в ДФО (1,2 %) , при среднем по-

казателе по РФ – 3,6 %⁷, однако этот факт не должен являться причиной для самоуспокоенности управляющих структур отрасли.

Эпидемиологическая ситуация по распространению венерических заболеваний в регионе остается напряженной, о чем говорят показатели заболеваемости гонореей. В последние годы уровень заболеваемости гонореей в субъектах РФ ДФО значительно превышает среднероссийский и имеет определенные межтерриториальные различия. В частности, лидером по распространению гонореей в регионе является Чукотский автономный округ (193,1 на 100 000 населения), последующие места занимают Республика Саха (Якутия) (149,7 на 100 000 населения) и Хабаровский край (108,7 на 100 000 населения) (рис. 35).

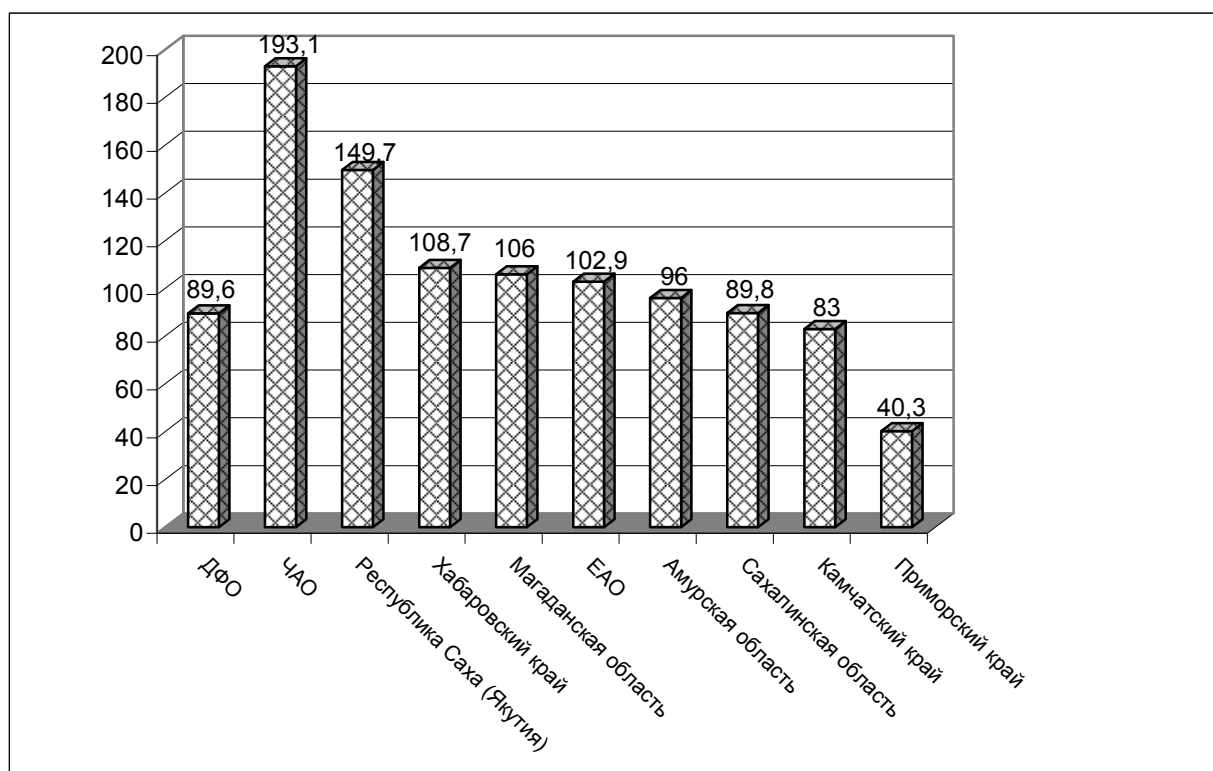


Рис. 35. Заболеваемость гонореей в субъектах РФ ДФО в 2011 г. на 100 тыс. населения

В регионе очевидны разрывы между теоретическим знанием о методах профилактики венерических заболеваний, в том числе инновационных, и их применением в практике конкретных медицинских учреждений. Даже имея представление об эффективных методах и практиках работы, полученное в ходе семинаров, отечественных и зарубежных стажировок, врачи-специалисты часто не могут и не хотят применять их в своей работе. Основная причина этого – сложившаяся система профилактики никак не заинтересовывает своих агентов включать инновационные методы и подходы в свою повседневную деятель-

⁷ Уфимцева М.А. Модель управления заболеваемостью сифилисом в современных условиях. Автореф. дисс. д.м.н., ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Екатеринбург, 2011. – 43 с.

ность. Бюрократическая логика, лежащая в основании государственной системы профилактики венерических заболеваний, исходит, в первую очередь, из отчетности перед вышестоящими инстанциями, и эта отчетность никак не мотивирует медицинских работников внедрять новые эффективные методы работы.

Болезни «социального неблагополучия» неинфекционного характера. Человек способен выдерживать изменения темпов жизни общества до определенного предела. Если темп слишком высок, то это неизбежно приводит к той или иной степени «социальной дезорганизации общества» и к болезням. Следует подчеркнуть, что не только болезни, но и отклонения в поведении людей, в частности преступность взрослых и детей, можно рассматривать как «проявление неспособности человека к социальной адаптации».

Формирование дисгармонии ритмов естественной, природной жизнедеятельности человека вполне по силам некоторым представителям российских властных структур, например, такие как «перевод стрелок часов на два часа вперед или назад», что приводит к массовым случаям десинхронозов, факт неединичный. А когда это сочетается с ускорением ритмов современной цивилизации и массовым хроническим стрессом как адекватной реакции россиян на рыночные реформы, то происходит поломка общего механизма социальной адаптации общества, а это приводит к физиологическим нарушениям и формированию хронических заболеваний. Дисгармония ритмов природной жизни человека и ритмов, создаваемых новым образом жизни современного российского общества, вот наиболее универсальный механизм и наиболее общее проявление патологического состояния многих наших сограждан.

Таким образом, общие причины и механизм возникновения и распространения неэпидемических болезней, вызванных рыночными реформами (злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых, психических, обменных и других заболеваний), едины и универсальны для большей части жителей Дальнего Востока.

Злокачественные новообразования. Основным вектором работ, направленных на решение проблем в области онкологии на Дальнем Востоке России, является профилактика злокачественных новообразований, охватывающая мероприятия, сориентированные не только на предупреждение болезни, но и на мероприятия по раннему выявлению и лечению, на уменьшение числа и выраженности осложнений как результата неблагоприятного исхода в случае развития заболевания.

Первичная профилактика предусматривает предотвращение заболеваемости путем уменьшения распространенности в окружающей среде факторов риска рака и снижения частоты новых случаев заболевания. В задачи вторичной профилактики входят активное раннее выявление и адекватное лечение онкологических больных. Третичная профилактика направлена на снижение частоты рецидива заболевания путем проведения эффективной системы реабилитационных мероприятий.

Профилактическая направленность региональной онкологии была и остается одной из актуальных задач. Вместе с тем, нельзя не отметить, что социально-экономические и политические преобразования как в обществе, так и в самом здравоохранении ДФО, отрицательно повлияли на сложившуюся в советские годы систему профилактики, нарушили организационные взаимосвязи, способствовали ориентации онкологов на лечебную работу. Введение обязательного медицинского страхования снизило заинтересованность медицинских работников первичного звена в конечных результатах их профилактической деятельности, поскольку предусмотренное финансирование профилактической деятельности в рамках ОМС составляет всего 6 %.

К сожалению, несмотря на применение современных методов диагностики злокачественных новообразований (ЗНО), частота выявляемости заболеваний в ранних стадиях развития процесса крайне низка. В большинстве случаев ЗНО выявляются на 3-й стадии, что не позволяет применять в лечении больных органосохраняющие операции, щадящие и атравматичные методы лечения, не приводящие к глубокой инвалидизации и несущественно меняющие качество жизни. Причем растет число заболеваний среди лиц трудоспособного возраста (В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова, 2009).

Заболеваемость ЗНО на Дальнем Востоке России значительно выше, чем в других регионах, составляя по округу 332,6 на 100 000 населения (рис. 36). Из субъектов РФ ДФО к категории абсолютных лидеров по распространению онкопатологии относится Сахалинская область (410,4 на 100 000 населения), Хабаровский край (380,6 на 100 000 населения) и Магаданская область (364,3 на 100 000 населения).

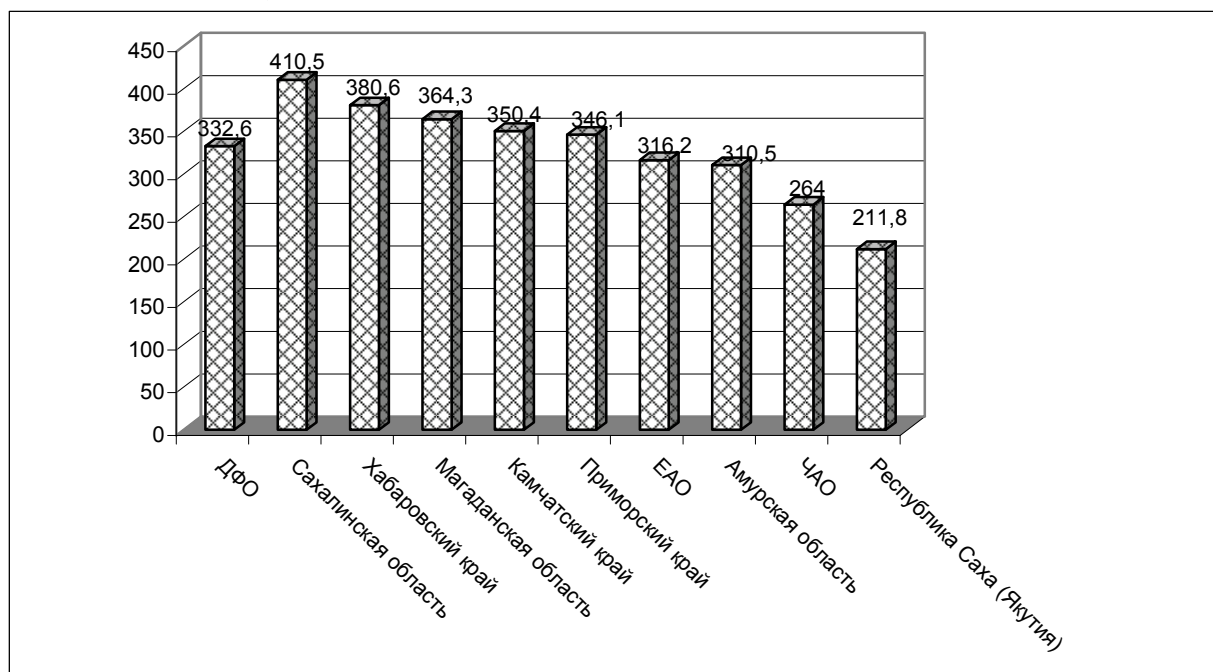


Рис. 36. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в субъектах РФ ДФО в 2011 г. (на 100 тыс. населения)

Болезни системы кровообращения. Одной из самых актуальных проблем общественного здоровья второй половины XX века и начале XXI века являются болезни системы кровообращения (БСК). Их социально-гигиеническое значение определяется не только частотой распространения, сколько их тяжестью, т. к. БСК занимают первое место в структуре смертности взрослого населения. В ДФО уровень заболеваемости БСК был традиционно ниже, чем в РФ (в 1995 г. – на 25 %, 2011 г. – на 16 %), что обусловлено особенностями возрастной структуры населения и дефектами регистрации заболеваний, связанными с кадровым кризисом в отрасли. Тем не менее, показатель первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения с 1995 года имеет четко выраженную тенденцию к росту (рис. 37). Многочисленные заявления представителей управляющих структур региона о «успешных результатах борьбы с БСК» - миф, тиражируемый региональными СМИ в рамках бесконечных предвыборных компаний различного уровня. В то же время уровень экономических потерь, связанных с ростом заболеваемости БСК, значителен.

Специальное комплексное исследование, проведенное С.А. Васильевой в г. Якутске⁸ показало, что социально-экономический ущерб по причине БСК ежегодно составляет более 6 600 млн руб., а в 2007 г. общие потери составили 3,2 % от ВРП Республики Саха (Якутия).

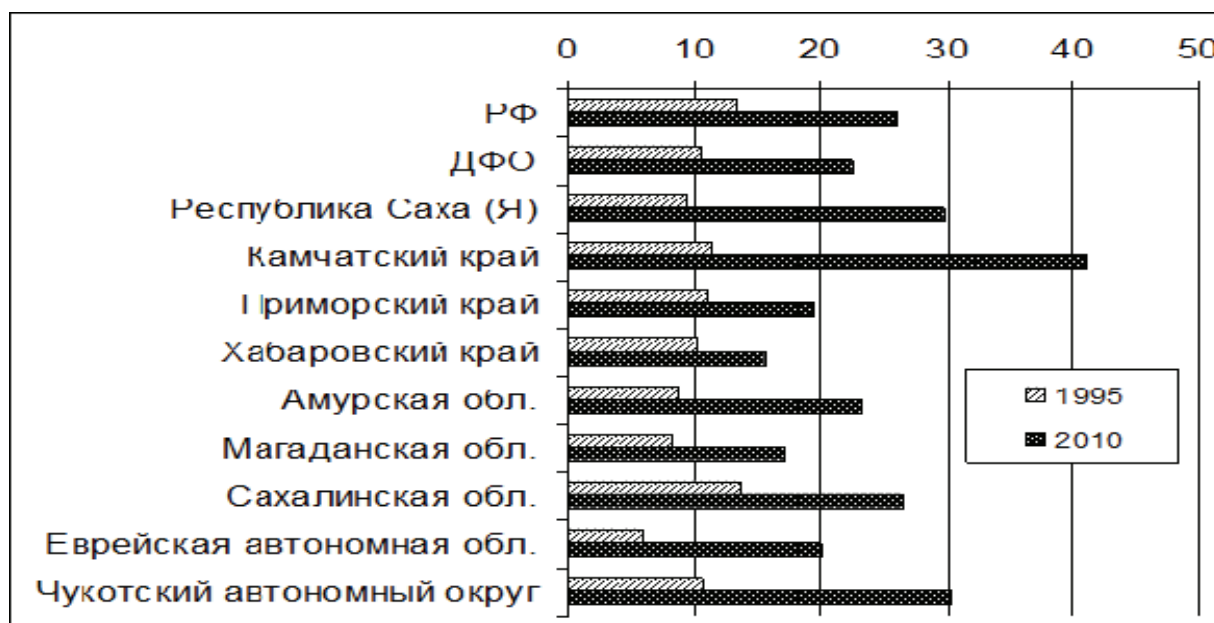


Рис. 37. Динамика первичной заболеваемости БСК в субъектах ДФО РФ в 1995, 2010 гг. на 1 000 населения

В структуре причин этих потерь на первом месте преждевременная смертность (53,8 %), на втором – первичный выход на инвалидность (38,4 %),

⁸ Васильева С.А. Социально-психологические и экономические аспекты профилактики заболеваний системы кровообращения (на примере города Якутска). Автореферат на соискание канд. мед. наук. – Хабаровск, 2010. – 22 с.

на третьем – заболеваемость с временной утратой трудоспособности (7,6 %). При этом ИБС обуславливает 45 % потерь в связи с преждевременной смертностью, 48,2 % – по причине инвалидности и 6,7 % – в связи с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. С повышенным артериальным давлением связана половина потерь по причине инвалидности (48,3 %), 44,3 % – по причине заболеваемости с временной утратой трудоспособности и 7,3 % – по причине преждевременной смертности.

Значительный рост показателя общей заболеваемости БСК в ДФО за последние 15 лет привел к тому, что к 2010 г. он вплотную приблизился к среднероссийскому уровню. Выше среднего уровня по России в 2010 г. показатель заболеваемости БСК сформировался в Камчатском крае (41 на 1 000 при росте уровня в 3,5 раза), Республике Саха (Якутия) и ЧАО (29,8 и 30,3 на 1 000 соответственно), ниже – в Хабаровском (15,6) и Приморском краях (19,5 на 1 000), Магаданской области (17,1), ЕАО (20,1) (рис. 38).

Во всех субъектах РФ ДФО уровень общей заболеваемости всего населения БСК в 2010 г. оставался ниже, чем в РФ. Низкий уровень общей заболеваемости и высокий показатель смертности от БСК зарегистрирован в ЕАО, что свидетельствует о низкой доступности и качестве медицинской помощи населению данного субъекта РФ ДФО.

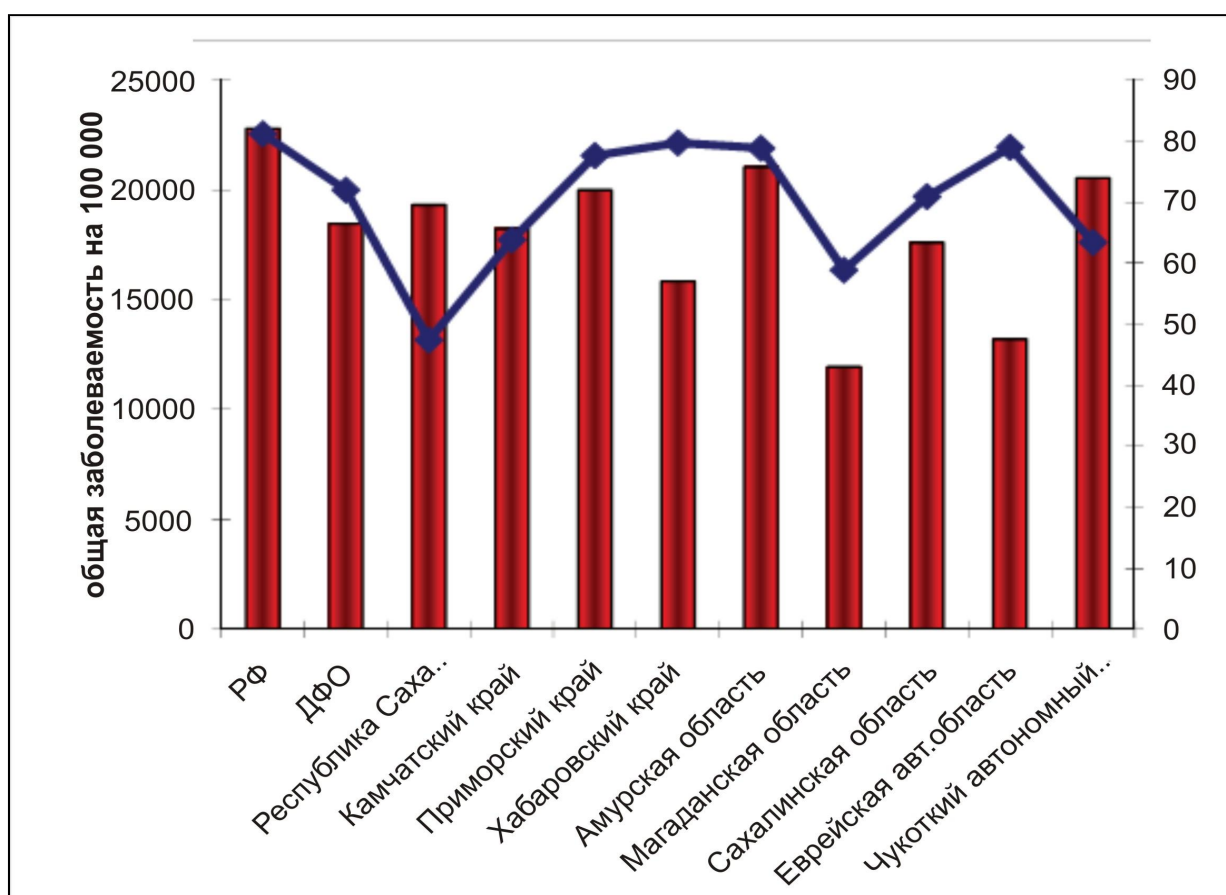


Рис. 38. Показатели общей заболеваемости всего населения и смертности от БСК в субъектах РФ ДФО (на 100 тыс. населения) в 2010 г.

Алкоголизм, токсикомания, наркомания. Алкоголизм – хроническое заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков. В ДФО сохраняется высокий уровень заболеваемости населения алкоголизмом. Общеизвестно, что алкоголизм является одним из основных, ведущих факторов риска, обуславливающим рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, травм и отравлений.

В ДФО с начала 1990-х годов отмечается прогрессирующий рост потребления крепких спиртных напитков в больших количествах, «ударными» дозами за короткий промежуток времени. При этом, так называемом, северном типе потребления алкогольных напитков в наибольшей мере реализуются все негативные проявления этилового спирта; он определяет остроту проблем, связанных с алкоголем: острые отравления; производственный, транспортный, бытовой травматизм; преступность; обострение соматических, психических и других заболеваний; увеличение уровня преждевременной смертности от болезней системы кровообращения, травм и отравлений.

Несмотря на то, что в 2010 г. по сравнению с 2006 г. отмечалось некоторое снижение заболеваемости населения алкоголизмом с 2 038,8 до 1 918,3 (случаев на 100 тыс. человек населения), тем не менее, ДФО сохраняет за собой первенство среди федеральных округов и существенно превышает значение указанного показателя по России.

Катастрофическая ситуация регистрируется в Чукотском автономном округе и Магаданской области, где уровень алкоголизма в 2 раза выше по сравнению с ДФО. В Камчатском крае и Сахалинской области его уровень в 1,5 раза выше регионального (рис. 39).



Рис. 39. Показатель заболеваемости алкоголизмом в субъектах РФ ДФО в 2010 г. (на 100 тыс. населения)

Между тем, официальная статистика далеко не полно отражает истинную распространенность наркологических заболеваний, т. к. часть больных предпочитает лечиться анонимно, у частнопрактикующих врачей и, таким образом, не регистрируется органами медицинской статистики.

Нарастающий рост смертности в субъектах ДФО от хронического алкоголизма и отравлений алкоголем обусловлен тяжелой социально-экономической ситуацией в регионе. Алкоголь-ассоциированные заболевания встречаются у каждого третьего умершего человека. Так, в Сахалинской и Магаданской областях наблюдаются сверхвысокие показатели смертности мужского и женского населения, особенно в трудоспособном возрасте, основной причиной которой являются алкогольные отравления, травмы, дорожно-транспортные происшествия, убийства, самоубийства и т. д.

В 1985–1989 гг., в самый разгар антиалкогольной компании, в СССР пронесли эпидемии токсикомании – болезни, характеризующейся влечением к постоянному приему различных токсических веществ, вызывающих опьянение и кратковременную эйфорию. Они охватили, прежде всего, подрастающее поколение. Источниками токсического эффекта были вещества бытовой химии. Тогда по сравнению с настоящим положением вещей их было не так уж много. Не будем перечислять их – они широко известны. Смертность от применения токсических веществ побила все рекорды – погибали десятками, сотнями.

Педагоги и наркологи, столкнувшись с такой эпидемией, оказались совершенно неподготовленными. Лечение токсикоманов – до сих пор очень зыбкая тема: болезни ведь как таковой не существует?! В момент отравления есть клиника острого отравления конкретным ядом и лечение проводится согласно этой клинике (обычная дезинтоксикационная терапия и введение антидотов). Но, «поправившись» и попросившись с сотрудниками токсикологического центра, подросток выходит на улицу и... вновь принимает токсическое вещество (нюхает, глотает, дышит или даже вводит под кожу или в вену).

Проблемой токсикомании тогда занялись социологи, но их опросы и тестирование ни к чему не привели, корни токсикомании были выявлены, но борьба с этим злом проводилась и до сих пор проводится от случая к случаю.

Оставались репрессивные меры: токсикоманов отлавливали, чердаки и подвалы закрывались, родители зачинщиков штрафовались. Затем, на фоне начавшихся социальных катаклизмов 1990-х годов, проблема токсикомании отошла на задний план. Тем не менее, она остается актуальной и по сей день как в ДФО, так и в России. Правда, она отчасти уступила место вышедшей на первый план проблеме наркомании – болезни, характеризующейся непреодолимым влечением к наркотикам. Основную массу наркоманов в России сейчас составляют подростки.

Дальний Восток России, особенно Приморский и Хабаровский края, Амурская область на протяжении последних лет стабильно находятся в числе регионов, характеризующихся высокими показателями наркотизации населения, негативными тенденциями преступности, связанной с наркотиками.

Заболеваемость населения Дальневосточного федерального округа наркоманией, начиная с 1990 г., неуклонно растет. В 2010 г. по сравнению с 2000г. заболеваемость в целом по округу выросла в 1,2 раза, с 237,4 до 285,3 случаев на 100 тыс. человек населения. По сравнению с другими федеральными окру-

гами по этому заболеванию ДФО находится на 3-м месте, уступая только СФО и УФО.

Среди субъектов Российской Федерации в составе ДФО наиболее высокий уровень заболеваемости наркоманией отмечен в 2010 г. в Приморском крае (461,9 случаев заболеваний на 100 тыс. населения, состоящих на учете), в Амурской (312,2 случая) и Сахалинской (239,3 случая) областях.

Психические расстройства. Продолжает оставаться неблагоприятной ситуация и с распространенностью психических расстройств среди населения ДФО. В 7 субъектах федерации округа показатель распространенности психических расстройств (на 100000 населения) был в 2010 г. выше среднероссийского (кроме Еврейской АО, Камчатского края и Приморского края). Рост этого показателя отмечен в 3 территориях (Республика Саха (Якутия), Амурская и Сахалинская области) (табл. 28). Несмотря на то, что в целом по ДФО контингенты психических больных в 2010 г. почти не изменились по сравнению с 1995 г., в большинстве территорий отмечен рост числа психических больных.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами в 2011 г. превышала средний для РФ уровень на 8,7 % и была выше среднероссийского уровня во всех субъектах ДФО, в ЧАО – на 66 %.

Таблица 28

Число больных психическими расстройствами, обратившихся в психоневрологические учреждения по субъектам Российской Федерации на 100 тыс. населения в 2011 г.

Территория	Количество больных
РФ	2 894,4
ДФО	2 768
Республика Саха (Я)	2 091
Приморский край	2 847
Хабаровский край	2 749
Амурская область	3 008
Камчатский край	3 102
Магаданская область	2 802
Сахалинская область	2 700
Еврейская АО	3 681
ЧАО	4 387

Региональные проблемы заболеваемости различными формами психических расстройств и расстройствами поведения являются основанием для составления социально-экономических характеристик территорий ДФО. В настоящее время как результат региональных экономических проблем, социальных и политических трансформаций сформировалась среда, недружественная для основной части населения ДФО, а самое главное для семей, имеющих детей. Родители и система социальной защиты не могут обеспечить минимально приемлемый уровень доходов, образование и здравоохранение оказывают каче-

ственные услуги преимущественно на платной основе, работодатели относятся к женщинам с детьми как к низкоконкурентной рабочей силе. Все это стимулирует расстройства поведения членов семьи как взрослых, так и детей.

4.3. Заболеваемость населения Дальневосточного федерального округа по данным о причинах смерти

Одной из сложных демографических проблем России сегодня является уровень смертности населения, который в целом выше соответствующего показателя развитых стран. В 2010 г. коэффициент смертности в ДФО превышал коэффициент рождаемости на 4,7 % (в России – на 0,7 %).

Динамика показателя коэффициента депопуляции (отношение чисел умерших к числам родившихся) на Дальнем Востоке не достигает уровня среднероссийского показателя. В России коэффициент депопуляции в 2009 г. относительно 2000 г. уменьшился на 34,9 %, на Дальнем Востоке – на 32,4 %. В этой связи стоит отметить, что «русский крест», повисший над Россией, в том числе и над ее Дальним Востоком, не исчез. Траектории рождаемости и смертности по-прежнему пересекаются. Кроме того, не следует исключить ситуацию, когда коэффициент смертности приобретет тенденцию к увеличению из-за старения населения региона. Так, в 2010 г. он поднялся до 13,5 % в целом по округу и еще выше он оказался в отдельных субъектах: в Приморском крае – 14,2 %, Хабаровском – 14,0 %, в Амурской, Еврейской автономной областях и на Чукотке его значение составило 14,8 %.

В условиях сложившихся демографических процессов в ДФО для увеличения базы воспроизводства населения и обеспечения народнохозяйственного комплекса ресурсами труда много надежд возлагается на миграцию. Однако можно с уверенностью сказать, что мигранты не являются значимым ресурсом для роста рождаемости и к тому же, к сожалению, миграция из фактора прироста населения, превратилась в фактор его сокращения. По существу Дальний Восток России оказался населенческим донором для других федеральных округов государства.

Структура причин смертности меняется со временем. Это обусловлено как прогрессом (или регрессом) в области медицины, здравоохранения и качества жизни в целом, так и изменениями в половозрастном составе населения. В России более половины смертей, начиная с 1970-х годов, обусловлены болезнями системы кровообращения. В отдельные годы доля умерших от этого класса причин смерти превышала 56 %, а в 2011 году, по данным месячной регистрации, составила 55,6 % (рис. 40).

Среди болезней системы кровообращения выделяется, прежде всего, ишемическая болезнь, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения (52,5 % в 2011 году, или 29,2 % от общего числа умерших). Причиной смерти почти каждого третьего умершего от болезней системы кровообращения являются цереброваскулярные заболевания (31,0 %).

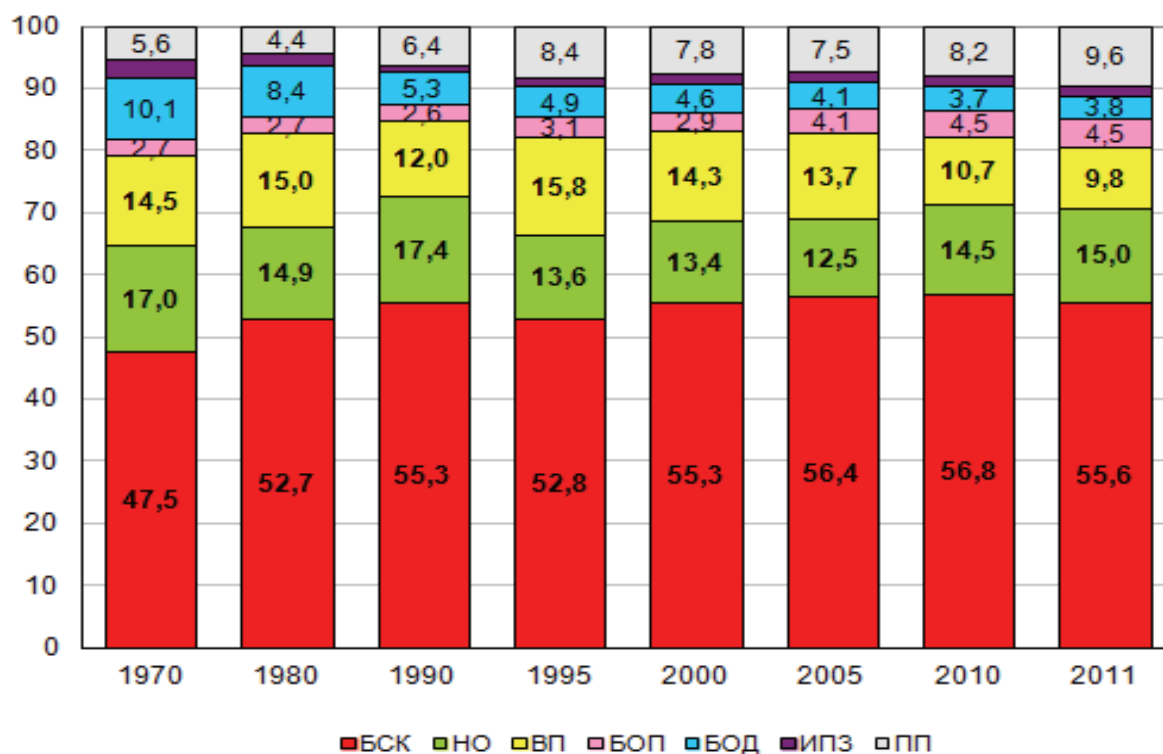


Рис. 40. Основные причины смертности населения Российской Федерации в 2011 г.

Второе место среди причин смерти по числу смертей занимают новообразования (в основном, злокачественные), хотя иногда они отодвигались на третье место внешними причинами смерти. В 2011 году, по данным месячной регистрации, новообразования стали причиной смерти 15,0 % умерших (в том числе злокачественные новообразования – 14,9 %). В последние годы доля умерших от новообразований растет, что вполне согласуется с тенденцией старения населения, однако пока она не достигла значений показателя в 1990 и 1970 годах.

Третье место среди причин смерти в России до сих пор прочно удерживают внешние причины смерти, выходя в отдельные периоды (1993–1996 и 1999–2005 гг.) на второе место. В последние годы доля умерших от внешних причин устойчиво сокращается, опустившись, начиная с 2008 года, ниже уровня 1990 года (12 %). По данным месячной регистрации, в 2011 году она снизилась до 9,8 %. Это можно расценить как благоприятную тенденцию последних лет, поскольку такая структура причин смерти ближе к структуре смертности населения развитых стран мира с более низкими уровнями смертности. Но, несмотря на устойчивое и значительное снижение, наблюдающееся с 2003 года, смертность от внешних причин в России остается крайне высокой.⁹ На другие классы причин смерти приходится менее чем по 5 % умерших.

⁹Демографический ежегодник России. 2008//Федеральная служба госстатистики. – М., 2009, С. 328–329; Eurostat Database, Data on «Health». – <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/data/database>.

На Дальнем Востоке России структура причин смертности населения аналогична сложившейся в РФ, однако большинство показателей в ДФО ниже, чем в России, кроме показателя «внешние причины» (рис. 40). Основной причиной общей смертности населения ДФО, как и всего населения РФ, являлись болезни системы кровообращения (52,7 % и 57,1 % соответственно) (табл. 29).

Удельный вес новообразований как причины смерти не имеет существенных региональных различий, тогда как доля внешних причин в структуре смерти населения ДФО значительно выше (16,1 %) показателя РФ. Обращает на себя внимание высокий уровень смертности в ДФО от инфекционных и паразитарных болезней – 34,7 на 100 тыс. населения. Причем уровень смертности от туберкулеза составляет 27,0 на 100 тыс., а от болезней органов пищеварения – 72,3 на 100 тыс. Своеобразие структуры смертности населения ДФО указывает на проблемы регионального здравоохранения, его неспособности обеспечить должный уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи дальневосточникам.

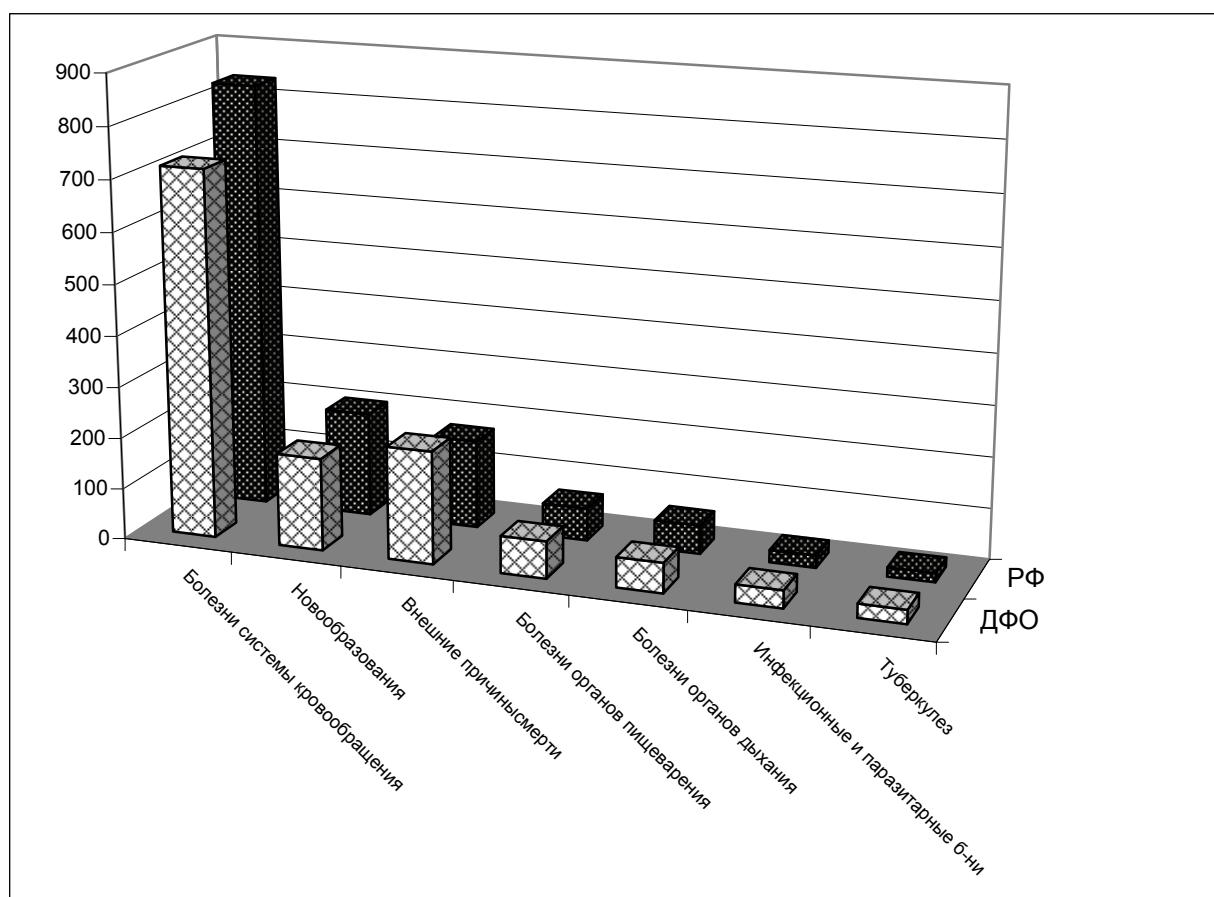


Рис. 41. Структура причин смертности в ДФО и РФ в 2010 г. на 100тыс. населения

Смертность населения Республики Саха (Якутия) и Камчатского края значительно ниже показателя по ДФО и РФ. Наиболее высокий уровень смертности в Приморском крае (1 453,1), Амурской области (1 510,8), Сахалинской области (1 446,2) и ЕАО (1 530,1).

Структура причин смертности ДФО в 2010 г. на 100 тыс. населения

Территория	Умершие от всех причин смерти	Из них по причинам смерти						
		некоторые инфекционные и паразитарные болезни	из них туберкулез	новообразования	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	внешние причины смерти
РФ	1 462,4	24,3	17,9	203,8	835,5	56,0	63,7	172,2
ДФО	1 364,2	34,7	27,0	181,0	718,4	58,7	72,3	219,6
Респ. Саха (Якутия)	1 007,7	18,3	9,8	126,9	479,1	34,3	48,0	207,8
Камчатский край	1 139,3	18,3	15,4	159,0	574,9	34,0	53,4	173,2
Приморский край	1 453,1	44,9	33,2	209,6	794,8	68,0	79,3	188,2
Хабаровский край	1 395,1	32,7	25,6	186,9	775,0	59,7	75,0	227,7
Амурская область	1 510,8	41,9	38,1	163,5	771,6	69,1	69,2	263,1
Магаданская область	1 376,6	14,6	11,0	196,5	598,6	94,3	87,6	247,0
Сахалинская область	1 446,2	24,2	20,9	191,1	728,9	56,9	94,7	279,2
ЕАО	1 530,1	70,1	65,2	196,3	851,9	48,0	73,3	228,1
ЧАО	1 242,7	24,1	12,0	150,3	499,1	56,1	78,2	294,6

Вклад в данные показатели вносят все основные причины смерти. Смертность от болезней системы кровообращения превышает средний показатель по ДФО (718,4 на 100 тыс. населения) в Приморском (794,8 на 100 000) и Хабаровском (775,0 на 100 000) краях, Амурской области (771,6 на 100 000), Сахалинской области (728,9 на 100 000). Наиболее высокий показатель смертности от БСК сформировался в ЕАО (851,9 на 100 000).

Смертность населения от новообразований наиболее высока в Приморском крае (209,6 на 100 000), ЕАО (196,3 на 100 000), Сахалинской области (191,1 на 100 000). Показатель смертности от внешних причин наиболее высок в Чукотском автономном округе (294,6 на 100 000), Сахалинской области (279,2 на 100 000), Амурской области (263,1 на 100 000), Магаданской области (247,0 на 100 000), ЕАО (228,1 на 100 000), Хабаровском крае (227,7 на 100 000). Особую тревогу вызывает уровень смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в ЕАО (70,1 на 100 000), Приморском крае (44,9 на 100 000), Амурской области (41,9 на 100 000), превышающий показатель по ДФО в 1,2-2,0 раза. Смертность от туберкулеза в ЕАО (65,2 на 100 000) в 2,4 раза, Амур-

ской области (38,1 на 100 000) – в 1,4 раза, Приморском крае (33,2 на 100 000) – в 1,2 раза превышает показатель ДФО (27,0 на 100 000).

Проблема сокращения людских потерь из-за преждевременной смертности остается наиболее актуальной задачей демографической политики региональных правительств субъектов РФ ДФО. Все многочисленные гипотезы роста смертности в период рыночных реформ можно разбить на 3 большие группы.

✓ *Первая сводится к тому, что рост смертности, особенно в первой половине 1990-х годов является реализацией смертей людей, не осуществившихся в период антиалкогольной кампании.*

✓ *Вторая – концепция социального стресса, связанного с непродуманными и, зачастую, неоправданными социально-экономическими рыночными реформами («шоковая терапия» Чубайса и Гайдара).*

✓ *Третья группа гипотез основным фактором роста смертности выдвигает резко возросшую алкоголизацию российского населения. Максимальный вклад алкогольной компоненты в общую смертность, особенно мужского населения, внес ДФО (35 %). Самая высокая алкогольная смертность в 1990–2001 гг. наблюдалась в ЧАО (46 %).*

Несмотря на снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте, показатель в ДФО выше российского в 1,3 раза в 2010 г. (табл. 30).

Смертность от БСК в структуре смертности мужчин в трудоспособном возрасте стала основной причиной смертности в ДФО с 2008 года. В то же время показатель смертности от внешних причин имеет более высокий удельный вес в Амурской и Сахалинской областях. Смертность от внешних причин в ДФО выше, чем в РФ в 1,8 раза. Именно за показателем смертности от внешних причин лежит то поле деятельности дальневосточного сообщества, к освоению которого региональные власти и система здравоохранения пока еще не приступало.

Изменения, затронувшие непосредственно процесс смертности населения ДФО, связаны с его структурой: возрастной и по причинам смерти. Возрастная структура характеризуется значительным «омоложением»: в 2000–2003 гг. показатели смертности населения в трудоспособном возрасте оказались максимальными (особенно в возрасте 25–34 гг.) за весь послевоенный период. В последующие годы ситуация несколько улучшилась, но кардинальных изменений не произошло.

Особенности структуры и причины смертности связаны с сохранением элементов традиционного характера: для ДФО – это высокая заболеваемость инфекционными болезнями, болезнями органов дыхания и пищеварения. Смертность от сердечно-сосудистых и онкологических болезней также высока,

**Динамика смертности населения в трудоспособном возрасте в субъектах
ДФО (число умерших на 100 000 лиц трудоспособного возраста)**

Год	Смертность по причинам смерти, в том числе					
	от болезней системы кровообращения	от новообразований	от болезней органов дыхания	от болезней органов пищеварения	от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	от внешних причин смерти
Мужчины и женщины						
ДФО						
2005	326,9	96,4	58,8	70,6	50,5	339,4
2006	292,2	93,6	47,4	63,3	44,3	297,4
2007	263,3	94,0	42,1	56,6	45,5	271,2
2008	271,5	90,9	45,9	60,1	44,1	269,0
2010	262,2	86,8		64,1	40,8	339,4
Республика Саха (Якутия)						
2005	265,1	79,2	30,6	44,0	17,6	292,7
2006	235,9	71,5	21,1	45,6	15,4	278,9
2007	222,7	77,5	18,0	37,5	13,2	263,0
2008	238,1	70,8	25,1	46,4	21,6	274,1
2010	259,8	63,7		55,8	12,5	252,4
Камчатский край						
2005	301,3	101,8	31,5	39,2	19,6	246,3
2006	268,0	97,8	23,7	35,1	22,0	215,5
2007	259,9	91,6	27,7	35,8	26,0	207,5
2008	272,6	87,3	23,4	40,4	20,0	201,4
2010	292,0	87,3		44,5	23,1	171,5
Приморский край						
2005	307,2	97,2	66,2	67,5	76,3	293,8
2006	289,9	97,6	57,3	65,7	65,6	247,5
2007	263,9	100,4	49,0	62,2	64,3	232,3
2008	251,7	98,8	51,5	60,4	60,0	224,7
2010	235,0	92,1			54,1	199,9
Хабаровский край						
2005	373,3	93,0	67,5	90,8	40,8	365,7
2006	328,3	92,7	53,3	74,3	36,6	323,1
2007	287,2	85,8	49,9	64,9	42,2	290,0
2008	298,8	85,1	49,6	61,6	40,8	276,7
2010	286	83,7		60,5	37,5	242,0
Амурская область						
2005	292,2	96,2	69,1	65,7	70,6	444,8
2006	265,8	91,2	51,9	58,4	59,3	376,9
2007	235,5	86,4	45,2	49,7	58,2	317,1
2008	260,3	92,2	53,6	61,5	53,4	326,1
2010	257	87,8		58,5	56,7	292,4
Магаданская область						
2005	365,9	107,1	57,3	48,9	13,5	338,1
2006	333,6	119,8	62,5	67,6	14,5	280,6
2007	329,3	122,8	48,8	53,1	19,2	289,2
2008	339,9	118,4	83,4	76,2	17,0	291,4
2010	324	100,6		63,3	18,6	229,0
Сахалинская область						
2005	393,7	123,5	59,4	106,3	30,3	391,6
2006	301,9	112,5	48,0	78,4	32,7	358,8
2007	273,7	121,1	42,1	65,2	30,8	307,1
2008	281,2	105,5	44,8	81,5	29,7	330,6
2010	244	108,4		95,5	27,6	287,5
Еврейская автономная область						
2005	467,9	104,8	66,0	88,3	84,2	368,9
2006	400,0	85,8	39,2	74,2	67,5	330,0
2007	297,1	105,7	40,8	82,4	89,1	324,6
2008	359,3	93,0	35,2	63,7	63,7	293,1
2010	263,9	87,4		82,3	88,6	244,9
Чукотский автономный округ						
2005	362,3	94,8	33,4	58,5	13,9	437,6
2006	395,3	128,9	44,9	61,7	8,4	403,7
2007	360,5	105,0	42,6	59,6	14,2	431,5
2008	420,0	84,0	63,7	89,8	20,3	379,5
2010	534,3	109,9		76,3	39,5	236,5

но, по сравнению с другими странами, распространена среди более молодых возрастных групп.

В результате структурных изменений, происходящих под воздействием различных факторов, в России и на ее Дальнем Востоке к настоящему времени сформировались уровень и структура смертности, характерные для ранних временных этапов эпидемиологического перехода.

В ДФО, так же как и в России в целом, население умирает во все более ранних возрастах. При этом, к основной группе риска относятся мужчины в возрасте от 20 до 45 лет, причинами гибели которых чаще всего являются несчастные случаи, отравления и травмы. Первое место в ДФО среди причин смерти женщин рабочих возрастов в 2005–2010 гг. занимали болезни системы кровообращения, второе – внешние причины, третье – злокачественные новообразования.

Низкий уровень жизни значительной части населения ДФО и тяжелые природно-климатические условия региона отрицательно сказываются на качестве здоровья населения. За последние годы отмечается рост смертности мужчин трудоспособного возраста во всех краях и областях Дальнего Востока. Возросшие темпы роста смертности в трудоспособных возрастах приводят к интенсивным потерям трудового потенциала региона. Так, с 2008 г. ежегодно в ДФО от разных причин умирает в трудоспособном возрасте около 25 тысяч мужчин.

4.4. Показатели инвалидности населения ДФО в период рыночных реформ

Потери человеческого капитала в России в количественном и качественном измерениях, за счет которых, собственно, был преодолен экономический кризис и осуществлен выход на траекторию роста, осознаются политиками и исследователями. Однако длительное время приоритеты экономического развития ставились превыше всего, но когда угроза экономической рецессии была преодолена, проблемы социального развития были артикулированы. За постановкой проблем последовал комплекс мер, направленных на восстановление и развитие человеческого капитала. В первую очередь, речь идет о Национальных проектах 2006–2007 гг., три из которых относятся к социальной сфере: образование, здравоохранение и жилищное строительство.

Значительное снижение численности населения ДФО побудило предпринять комплекс мер, направленных на противодействие данной тенденции, и в частности на подъем уровня рождаемости. Но в реальной ситуации этого недостаточно, поскольку качество здоровья значительной части населения региона остается низким, а в структуре населения наблюдается тренд к росту числа лиц с наличием хронических заболеваний и тяжелых отклонений в состоянии здоровья в стадии декомпенсации. Ситуация роста числа инвалидов в территориях ДФО обгоняет формирующиеся общероссийские тенденции.

В последние десятилетия в России отмечается ярко выраженная тенденция к увеличению численности инвалидов. На учете в органах социальной защиты населения в 1994 г. состояло 5,0 млн, в 1996 г. – 6,3 млн, в 2006 –

12,6 млн инвалидов (рис. 42). Ежегодно впервые признаются инвалидами свыше 1 млн. человек. Численность инвалидов, состоящих на учете в РФ возросла за период 1995-2010 гг. на 80 %, а впервые признанных инвалидами, напротив, сократилось на 34 %.



Рис. 42 Динамика численности инвалидов в РФ в 1995-2010 гг. (тыс. человек)

В то же время, несмотря на некоторые положительные тенденции медико-демографических процессов в виде увеличения рождаемости, снижения смертности, показатель общей реабилитации инвалидов остается низким и колеблется за 2000–2010 гг. от 4,2 до 4,8 в Российской Федерации, что указывает на низкий уровень организации мер по борьбе с инвалидностью на государственном уровне.

В ДФО за период 2000–2010 гг. абсолютная численность лиц в возрасте 18 и старше, впервые признанных инвалидами сократилась на 24,1 %, при росте в Республике Саха (Якутия) в 1,5 раза, Камчатском крае – на 27,8 % и сокращение в 1,5 раза в Приморском крае, в Амурской области – на 33 % (табл. 31).

В структуре первичной инвалидности взрослого населения в ДФО в 2011 г. первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (36,5 %), на втором злокачественные новообразования (17,9 %), на третьем болезни костно-мышечной системы – 10,0 %, на четвертом – последствия внешних воздействий (6,8 %), на пятом – туберкулез (4,9 %), на шестом – психические расстройства и расстройства поведения (3,8 %).

Структура первичной инвалидности взрослого населения в РФ в 2011 г. не отличается: первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (39,2 %), на втором – злокачественные новообразования (20,3 %), на третьем болезни – костно-мышечной системы – (9,3 %), на четвертом – последствия внешних причин (5,8 %), на пятом – психические расстройства и расстройства поведения (3,8 %), на шестом – туберкулез (2,9 %).

Таблица 31

Численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, по субъектам РФ ДФО в 2000–2010 гг. (человек)

Территория	2000	2005	2009	2010	2010/2000
ДФО	45 003	62 077	37 163	34 195	75,9
Респ. Саха (Якутия)	3 445	4 914	5 314	5 280	153,2
Камчатский край	1 480	2 315	1 831	1 892	127,8
Приморский край	15 117	20 504	9 787	8 717	57,66
Хабаровский край	10 971	13 599	8 456	8 247	75,2
Амурская область	8 918	12 100	7 271	5 918	66,4
Магаданская область	799	741	530	608	76,1
Сахалинская область	3 135	4 690	2 212	2 069	65,9
ЕАО	1 138	2 970	1 575	1 275	112,03
ЧАО	-	244	187	189	75,9

В большинстве субъектов РФ ДФО реализуются целевые программы социальной поддержки граждан пожилого возраста, инвалидов, семей с детьми, малоимущих и других граждан. В рамках таких программ осуществляются предоставление инвалидам технических средств реабилитации в дополнении к федеральному перечню, приобретение «говорящих книг» и различные меры социальной поддержки. Возрастающие затраты на оказание мер социальной помощи инвалидам, в том числе на приобретение технических средств реабилитации за счет бюджетов всех уровней, ставят задачу разработки мер, направленных на совершенствование системы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации для создания условий их социальной интеграции и возможностей экономической независимости.

В то же время надо иметь в виду, что регистрируемые официальной статистикой показатели заболеваемости и инвалидности не полностью отражают эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости различных групп населения ДФО. Сегодня следует признать, что в результате реорганизации значительной части ЛПУ региона вплоть до их ликвидации, нарастания дефицита медицинских кадров снизился уровень качества медицинской помощи, эффективность лечебно-диагностической, противоэпидемической и профилактической работ. Повсеместно в ДФО наблюдается рост удельного веса запущенных форм забо-

леваний. Эти тенденции позволяют предполагать значительное превышение реальной распространенности многих заболеваний над официальными данными в ДФО, на что косвенно указывает рост показателей смертности и инвалидности дальневосточников.

Заболеваемость болезнями «социального неблагополучия», инфекционного и неинфекционного характера в ДФО вызывает законную тревогу. Уровень заболеваемости некоторыми социально значимыми заболеваниями остается высоким, несмотря на проводимые реформы и модернизацию отрасли здравоохранения ДФО.

В настоящее время наблюдаются значимые изменения в трех сферах жизни дальневосточного сообщества, тяготеющих к согласованности в процессе исторического развития региона: семейное устройство, демографическая ситуация и социально-экономические условия жизни. И основной вопрос для каждого, кто формирует социально-экономическую политику: как разделить ответственность за эти сферы между рынками, государством и семьями.

Врожденный порок капитализма – неравное распределение благ; врожденное достоинство социализма – равное распределение нищеты.

Уинстон Черчилль

Глава 5

Охрана здоровья подрастающего поколения в Дальневосточном регионе

Сегодня все прекрасно понимают, что без инновационного развития экономики региона, повышения производительности труда в 3-4 раза, снижения себестоимости производимой на Дальнем Востоке продукции, ни о какой борьбе с бедностью речи быть не может. Следовательно, и на экономическую поддержку семьи дальневосточника, а уж тем более на эффективную охрану здоровья матери и ребенка надеяться не стоит.

В то же время, негативное воздействие стагнации экономики в течение двадцати последних лет во всех без исключения субъектах РФ ДФО усугубляет ситуацию на региональных рынках труда, что ставит на повестку дня вопрос о мобилизации всех резервов, способных хотя бы частично ослабить дефициты и напряжения в сфере реального производства.

В условиях глобального обнищания семей, имеющих детей, и снижения численности трудоспособного населения на Дальнем Востоке России ключевым условием перехода на инновационный вариант региональной экономики становится рост производительности труда во всех производственных сферах. Для того, чтобы был реализован инновационный вариант развития региона, необходимо формирование высокого уровня количественных, а особенно качественных характеристик трудовых ресурсов. Поэтому повышение благосостояния семьи и уровня здоровья подрастающего поколения региона играет ключевую роль в освоении современных технологий производства товаров и услуг, повышении эффективности бизнеса.

5.1. Проблемы народонаселения и охрана здоровья женщин и детей

Социально-экономическая ситуация, сформировавшаяся в ДФО в последние десятилетия, привела к широкому распространению среди дальневосточников стрессовых ситуаций в повседневной жизни, росту числа и тяжести заболеваний, снижению уровня жизни большинства семей, имеющих детей, а также снижение уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи. На этом фоне устойчивый характер приобрели негативные сдвиги в состоянии здоровья матерей и детей. Нарастание уровня экологического неблагополучия, социально-

психологического стресса, ухудшение качества питания, издержки образовательных реформ, увеличение доли детей из социопатических семей – все это привело к тому, что число здоровых детей в регионе не превышает 8-10 %.

Ухудшение здоровья подрастающего поколения влечет за собой негативные последствия в виде неготовности к обучению в школе, ограничению профессиональной пригодности, нарушению формирования репродуктивного потенциала и пр. Именно в условиях дефицита трудового потенциала для обеспечения поступательного экономического развития региона в ближайшие десятилетия потребуются трудовые ресурсы с высокими физическими, психическими и социальными характеристиками. Сохранение и приумножение качества трудовых ресурсов требуют значительных инвестиций в человеческий капитал.¹

Многие исследователи считают здравоохранение и образование важнейшими формами вложений в человеческий фактор, трактуя это в целом как инвестиции в человеческий капитал. «Один из способов инвестирования в человеческий капитал – улучшение физического и эмоционального состояния человека».² Инвестиции в охрану здоровья, по мнению Дж. Кендрика, в течение определенного времени дают эффект как в денежной, так и психологической форме.³ Интересен и иной подход, рассматривающий отрасли социальной сферы как некую систему однородных институциональных образований (поликлиники, больницы, школы, театры и т. д.).⁴ Таким образом, и затраты на охрану здоровья семьи и ее членов, признаются капитальными вложениями общества. Это требует в свою очередь достаточно четких критериев для анализа эффективности капитальных вложений с точки зрения достижения конечных результатов инвестиционных программ, таких как Федеральная программа «Дети России» на 2007–2010 гг.⁵, Национальный проект «ЗДОРОВЬЕ» и др.

Ключевым элементом современной модели оценки эффективности капитальных вложений при производстве медицинских услуг детям и подросткам является процессный анализ. При этом в основе управления по результатам деятельности лежит цикл действий, направленный на максимальное снижение частоты отклонений в ключевых процессах и гарантирующий достижение лучшего из максимально возможных научно-обоснованных результатов.

Основными принципами эффективного функционирования ЛПУ службы охраны здоровья матери и ребенка являются следующие:

✓ *Качество – это основная цель любой деятельности в ЛПУ.*

¹ Человеческий капитал в широком смысле – это интенсивный производительный фактор экономического развития, развития общества и семьи, включающий образованную часть трудовых ресурсов, знания, инструментарий интеллектуального и управленческого труда, среду обитания и трудовой деятельности, обеспечивающие эффективное и рациональное функционирование человеческого капитала как производительного фактора развития (прим. авторов).

² Гэри С. Беккер, Человеческое поведение. Экономический подход / Пер. с англ. – М.:ГУ ВШЭ, 2003. – С. 84.

³ Кендрик Дж. Совокупный капитал США и его формирование. – М.: Прогресс, 1976.

⁴ Ольсевич Ю., Мазарчук В. О специфике экономических институтов социальной сферы (теоретический аспект)/Вопросы экономики. – 2005. – № 5.

⁵ Постановление Правительства РФ от 21 марта 2007 года № 172 «О федеральной целевой программе «Дети России».

- ✓ *Потребители (семья, дети и родители) и их нужды формируют цели и задачи ЛПУ службы охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР), его работу, но не наоборот.*
- ✓ *Для улучшения качества и безопасности медицинских услуг необходимо совершенствовать, прежде всего, систему, процессы и методы работы.*
- ✓ *Вместо фиксированных стандартов – непрерывное совершенствование процессов оказания медицинской помощи женщинам и детям.*
- ✓ *Основные направления по улучшению качества в службе ОЗМиР основаны не на интуиции, а на анализе процессов.*
- ✓ *Руководители учреждения и его подразделений должны знать точку зрения пациента, владеть статистическим и системным анализом, знать и уважать точку зрения персонала, отказаться от традиционной оценки индивидуального выполнения работ.⁶*

Управляющие структуры региона прекрасно понимают, что «необходимо переходить на современные технологии управления ЛПУ», но как это сделать и где те руководители ЛПУ, подготовленные к реализации современных технологий по управлению производством качественных и безопасных медицинских услуг женщинам и детям. Сегодня имеется острая необходимость адаптации современной модели управления к реальным условиям функционирования ЛПУ службы ОЗМиР, которая была бы экономичной, доступной для понимания всего персонала.

Еще на десятом съезде педиатров России, прошедшего в феврале уже далекого 2005 г., 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 ЛПУ службы ОЗМиР социальной направленности. Эти призывы повторяются на очередных форумах, таких как «Первый Национальный съезд врачей Российской Федерации», прошедший в Москве 05 октября 2012 г., и других. К сожалению, пока, кроме призывов реальных шагов в этом направлении сделано немного.

Усугубляет ситуацию и то, что в стране в целом и в отдельных регионах прогрессивно снижается численный состав женщин репродуктивного возраста. Принятые к реализации с 2006 года национальные проекты в сфере здравоохранения и строительства доступного жилья способствовали созданию условий для смягчения демографического кризиса, однако заложенные в них меры являются неадекватными реальному состоянию дел в северных и восточных регионах страны.

В ежегодном Послании Федеральному Собранию, оглашенном 30 ноября 2010 года, Президент России заявил: «Мы взяли за демографическую проблему всерьез и надолго, но должны понимать, что в ближайшие 15 лет будут сказываться последствия демографического спада 90-х годов, а число женщин

⁶ Andrews, S.L. QA vs QI: The Changing Role of Quality in Health Care / J. Quality Assurance. – 1991. – Vol. 38. – P. 14–15.

так называемого репродуктивного возраста значительно сократится. И это серьезная угроза, это вызов для всей нашей нации».⁷ Средний вариант прогноза Росстата указывает на весьма сложную перспективу в данном вопросе (табл. 32).

Следует отметить, что даже в самой ближайшей перспективе число женщин фертильного возраста будет продолжать уменьшаться, а призывы участников съездов педиатров России региональными властными структурами ДФО услышаны не были, что заблокировало реализацию этих призывов. Поэтому ждать каких-либо положительных результатов по основным направлениям функционирования службы ОЗМиР ДФО пока не приходится. 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.

Таблица 32

Перспективная численность женщин репродуктивного возраста в России по прогнозу Росстата (средний вариант; тысяч)

Год	Численность женщин в возрасте (лет)					
	20-24	25-29	30-34	20-29	20-34	15-49
2009	6 210,6	5 923,1	5 401,6	12 134,2	11 535,9	38 112,5
2010	6 044,1	6 098,8	5 451,1	12 142,8	17 600,5	31 563,0
2011	5 833,0	6 119,2	5 560,1	12 012,2	11 512,3	36 950,0
2012	5 465,4	6 316,4	5 628,1	11 181,8	11 409,9	36 380,1
2013	5 026,1	6 362,3	5 116,8	11 389,0	11 165,1	35 823,8
2014	4 555,4	6 265,2	5 916,0	10 820,6	16 196,6	35 314,1

С этим вопросом напрямую связаны иллюзии региональных властных структур относительно роста рождаемости и регулярные «победные» выступления руководителей субъектов РФ ДФО по вопросу тенденции увеличения рождаемости в руководимых ими регионами. Однако видимая простота оценки тенденции к увеличению числа родов не должна уводить от трезвых оценок динамики демографических процессов, поскольку молодые люди хотят иметь значительно больше детей, чем они сейчас могут себе позволить, и роль региональных политиков состоит в том, чтобы помочь им достичь желаемого размера семьи. В связи с тем, что Россия является членом ЕРБ ВОЗ, следует рассмотреть вопрос с позиции экспертов этой организации.

В Резолюции европейского парламента о демографическом будущем Европы (от 21 февраля 2008 г.) утверждается, что «среднее число в 1,5 ребенка на женщину не является отражением выбора женщин или современных намерений граждан на создание семьи». Эта доминирующая и во многих отношениях наиболее удобная политическая парадигма в значительной степени основывается

⁷ Послание Президента Федеральному Собранию. <http://www.kremlin.ru/news/9631>.

на неправильном использовании коэффициента суммарной рождаемости условного поколения, который сравнивается с когортным показателем желаемого размера семьи, как если бы он сам был когортной мерой рождаемости. Эта же проблема лежит в основе другого политического утверждения, широко используемого в России, а именно утверждения о переломе тенденции к снижению рождаемости. Многие политики указывают на недавнее увеличение рождаемости как на доказательство успешности их политики. В то время как это увеличение не может быть интерпретировано как перелом тенденции низкой рождаемости, потому что в основном оно является следствием ожидаемого завершения процесса откладывания деторождения, в котором политика государства играет незначительную роль. И именно частое неправомерное использование коэффициента суммарной рождаемости служит причиной дезориентирующих выводов.

Сегодня накапливается все больше свидетельств того, что семейная политика государства или региона может стимулировать явные колебания величины коэффициентов суммарной рождаемости, которые часто отражают скорее, изменения календаря рождаемости и интервалов между рожденьями, нежели собственно рост рождаемости. В частности, адекватная политика может стимулировать рождение детей с уменьшением промежутка между очередными родами.

Пример влияния на коэффициент суммарной плодовитости эффекта изменений политики можно привести из отечественной истории России после 1982 года. Изменения политики в этот период выразились в увеличении периода получения пособия по уходу за ребенком и, что более важно, в расширении возможности матерей получать отпуск по уходу за ребенком до достижения им трех лет.

После введения этих мер, коэффициент суммарной плодовитости в России увеличился с 1,88 в 1981 году до 2,09 в 1983 году и потом, после недолгой паузы, до 2,23 в 1987 году. Однако то, что выглядело как успешная политическая мера, которая привела к желанному увеличению рождаемости, на самом деле было, главным образом, косвенным эффектом изменений в календаре рождений, приведших к временному подъему коэффициента суммарной плодовитости текущего периода. Средний возраст матери при рождении первого ребенка незначительно снизился, но наиболее выраженный эффект был зафиксирован для женщин, имевших одного ребенка, которые родили второго с гораздо более коротким, чем обычно, интервалом. В «поперечной» перспективе интервал между первым и вторым рожденьями между серединой 1970-х и серединой 1980-х годов сократился с 5,5 до 3,5 года. Хотя второй ребенок появлялся «быстрее», чем прежде, особенно у женщин, родившихся в конце 1950-х-начале 1960-х годов, демографы не обнаружили никакого роста вероятности рождения второго ребенка у женских когорт. Они пришли к выводу, что «демографический эффект политики не проявился в увеличении среднего размера семьи у какой-либо из социальных групп».⁸

⁸ Zakharov, S. 2008. «Russian Federation: From the first to second demographic transition» In: T. Frejka et al. (eds.) *Childbearing trends and policies in Europe. Demographic Research, Special Collection 7*, Vol. 19, Article 24: 907–972.

Именно в этих условиях одной из самых острых проблем современного развития территорий ДФО является разрушение накопленного десятилетиями трудового потенциала региона. Устойчивое развитие региона 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 грозит через несколько десятилетий потери сначала экономической, а затем и политической самодостаточности субъектов РФ ДФО как составной части Российского государства.

В настоящее время одним из источников дополнительной рабочей силы для ДФО считается густонаселенный Азиатско-Тихоокеанский регион. В связи с этим, большую научную и 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.

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.⁹ Такое теоретическое обоснование инновационного развития региона наталкивает на неприятные выводы. В частности, существует мнение о том, что формировать собственные трудовые ресурсы на Дальнем Востоке России не обязательно, следовательно, и инвестиции в человеческий капитал региона можно снизить!?

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 проложены газо- и нефтепроводы, линии электропередач, автомобильные и железные дороги, по которым будут транспортироваться ресурсы и энергия. В крайнем случае, часть территорий региона, особо богатых природными ресурсами можно будет сдать в аренду (концессии). Именно в такой ситуации можно будет обойтись мини-

⁹ Каменский А.Н. Международная трудовая миграция и участие в ней России: Дис. д-ра экон. наук (Спец. 08.00.05. Экономика и управление народным хозяйством; 08.00.14 — Мировая экономика) / Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 2002.

мумом постоянного населения на Дальнем Востоке России. Заманчивая ситуация...

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 заместитель полномочного представителя президента РФ в Дальневосточном федеральном округе А. Левинталь, представлены удручающие факты результатов «заботы государства» о подрастающем поколении региона, 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.

Факты, приведенные на вышеуказанном совещании следует рассматривать с точки зрения специфических особенностей Дальнего Востока России:

- ✓ удаленность от федерального центра;
- ✓ рост цен на топливо и транспортные расходы;
- ✓ рост тарифов на электрическую и тепловую энергию;
- ✓ отставание темпов роста денежных доходов на душу населения в ДФО от среднероссийских;
- ✓ блокада доступа большинства дальневосточников к научным и культурным ценностям России, курортам и санаториям из-за роста транспортных тарифов;
- ✓ изоляция многих семей из-за отсутствия возможности встречаться с родственниками, проживающими в западных районах страны;
- ✓ уровень обеспеченности жильем населения региона, несмотря на низкую плотность населения, ниже среднероссийского уровня.

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.

По пессимистическому прогнозу ЮНЕСКО число жителей ДФО к 2025 г. может уменьшиться более чем на треть и составить около 4,7 млн человек (уровень 1959 г.). К 2050 г. при сохранении сложившейся демографической ситуации на Дальнем Востоке число жителей может составить около 4 млн человек.

Поэтому очередной шаг на пути дезинтеграции региона не за горами. По мнению министра экономического развития РФ Э. Набиуллиной к 2030 году

трудоспособное население государства сократится на 12 % по отношению к 2012 году, что явится одним из серьезных ограничений долгосрочного развития. Это вызовет дефицит на рынке труда, что станет серьезной проблемой, и повлечет за собой включение финансовых мероприятий, смягчающие это давление. Оценка современных тенденций в изменении структуры и благосостояния семей, проживающих на территории Дальнего Востока, а также анализ некоторых аспектов сохранения здоровья дальневосточников с точки зрения эффективности государственной региональной политики еще раз подтверждает устойчивые тенденции деградации трудоспособного населения региона. С позиции формирования общих закономерностей развития трудового потенциала России, перспективы формирования трудового потенциала ДФО выглядят значительно хуже.

Сокращение населения в ДФО является свидетельством безотлагательной необходимости изменения приоритетов внутренней политики и переноса ее в сферу развития семьи, подкрепленной конкретными программами и государственными ассигнованиями, постоянным многогранным сотрудничеством дальневосточников, общественных организаций и движений с уполномоченными представителями исполнительных и законодательных структур региона.

Еще в 2002 году Harley Balzer (США, Вашингтон) отметил демографическую особенность России в виде сокращения русской популяции в сочетании с ростом нерусских, неславянских и неортодоксальных групп. Аналогичные процессы происходят и на Дальнем Востоке России, где весьма сильны процессы деградации семьи. Формируемые федеральные целевые программы, такие как «Россия без сирот», должны стать частью национального плана по защите детей, а интернаты, детские дома, сиротские приюты должны в ближайшее время уйти в прошлое, как пережиток сложного для страны времени. Но национальная стратегия должна учитывать не разрозненные популистские формы работы, такие как лишение родительских прав, предотвращение детских суицидов, введения школьной формы и т. п., а продуманные системные решения.

Национальная стратегия по защите детей, которую разработал Совет Федерации, представлена основными направлениями: семейная политика, доступность качественного обучения и воспитания, здравоохранение, равные возможности для уязвимых групп детей, создание системы защиты и обеспечение прав детей. При разработке выше указанной стратегии были учтены положения концепции демографического развития РФ до 2015 года, стратегии инновационного развития России до 2020 года, а также основные итоги и перспективы в области защиты прав детей, содержащиеся в сводном четвертом и пятом докладе «О реализации РФ Конвенции ООН о правах ребенка».

В конечном итоге, национальная стратегия о защите прав детей признает, что охрана здоровья матери и ребенка – важнейшая сфера деятельности государства. Результаты деятельности этой сферы приносят огромный экономический эффект. Поэтому эта сторона системы охраны здоровья населения и службы ОЗМиР заслуживает глубокого изучения. Длительное время управление здравоохранением строилось преимущественно на административных методах.

Не было главного – расчета медико-экономической и социальной эффективности использования средств, поиска альтернативных вариантов вложения ограниченных ресурсов. Внедрению в отрасли экономических принципов и методов управления в последнее время посвящено большое число работ отечественных специалистов (Кадыров Ф.Н., 1999; Вялков А.И., 2002; Щепин О.П., 2007 и др.).

В то же время, несмотря на то, что охрана здоровья матери и ребенка в настоящее время признается приоритетом как федеральных, так и региональных властей, результаты этой работы далеки от оптимальных оценок. В частности, за последние 15 лет показатели смертности детей до 5 лет и до года снизились более чем в 2 раза. Между тем, эти показатели все еще как минимум в 2 раза превышают средние по странам Евросоюза. Уровень младенческой смертности в Российской Федерации в 3,5 раза выше, чем в странах Европы. Показатели смертности подростков практически не снижаются. Среди причин смерти подростков 75 % приходится на внешние причины – травмы и отравления. Уровень самоубийств среди подростков в 4 раза выше, чем в странах Евросоюза. На протяжении последних 20 лет наблюдается рост заболеваемости детей по всем классам болезней.

Среди детей, оказавшихся в трудных жизненных ситуациях, и детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, всего 4 % могут считаться здоровыми. Пораженность детей и подростков инфекциями, передающимися половым путем, гораздо выше, чем в среднем среди населения. Наиболее высока заболеваемость среди девочек-подростков 15-17 лет. Россия переживает самую масштабную ВИЧ-эпидемию в Европе. Наиболее высок риск заражения ВИЧ-инфекцией в возрастной группе 15-29 лет. За период 2000–2010 гг. число детей в возрасте до 14 лет, состоящих на учете в связи с алкоголизмом, выросло более чем в 1,6 раза. По данным ВОЗ, Россия находится на 4 месте в мире по распространенности табакокурения среди подростков (курильщиками являются более 30 % мальчиков и 17 % девочек в возрасте 15-18 лет).

Субъекты РФ ДФО в своем большинстве являются «лидерами» по уровню социального неблагополучия населения среди всех регионов России, что указывает на неэффективность государственной семейной политики в этом важном для России регионе, а также на неудовлетворительный уровень эффективности управления как здравоохранением ДФО в целом, так и службой ОЗМиР, в частности.

5.2. Основные характеристики службы охраны здоровья матери и ребенка в ДФО

Еще в 1979 году на XXXII сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA 32,42, в которой сформулирована долгосрочная программа ВОЗ по охране материнства и детства. Эта резолюция: «... настоятельно призывает государства-члены... уделять должное и полное внимание удовлетворению медико-санитарных и других потребностей матерей, детей и семьи, обеспечивая для этого соответствующее распределение национальных

ресурсов; способствовать разработке специальных правительственных постановлений и законов для обеспечения бесплатного медицинского обслуживания, по крайней мере, в периоды повышенного риска: беременности, родов и первых лет жизни, когда для выживания ребенка необходимы грудное вскармливание, иммунизация и лечение инфекционных и паразитарных заболеваний».

В соответствии с вышеуказанной резолюцией, были сформированы основные задачи службы охраны здоровья матери и ребенка. В качестве основных задач рассматривались: укрепление здоровья женщин и детей, профилактика заболеваний, их эффективное лечение и реабилитация, а также сохранение здоровья семьи и подрастающего поколения. В качестве дополнительных – подготовка и обучение персонала ЛПУ службы ОЗМиР, проведение научных исследований, управление службой и оценка результатов ее деятельности. К основным компонентам службы отнесены: организация медицинского обслуживания, социальные мероприятия, оценка и устранение отрицательного влияния на здоровье подрастающего поколения факторов окружающей среды и экономические аспекты.

Современный этап развития отечественной системы охраны здоровья матери и ребенка знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности.

В ходе проводимой реформы современная система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база для здравоохранения, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли и ее отдельных служб, таких как служба ОЗМиР. Параллельно развивается частный сектор здравоохранения.

Несмотря на это, функционирование службы ОЗМиР региона сталкивается с определенными трудностями: снижением качества медицинской помощи женщинам и детям; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; высоким уровнем перинатальной смертности и низкой рождаемостью, отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием ЛПУ службы ОЗМиР и декларативным характером Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья матери и ребенка, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для значительной части семей региона, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли здравоохранения.

Кроме того, на состояние системы ОЗМиР Дальнего Востока России оказывает влияние отсутствие четкой и последовательной, должным образом подкрепленной в правовом, организационном и финансовом отношении государст-

венной и региональной политики в области охраны здоровья женщин и детей. Правовое обеспечение отстает от развития общественных отношений, складывающихся в сфере ОЗМиР. Более того, несовершенное законодательство в ряде случаев сдерживает позитивные процессы в рассматриваемой сфере деятельности.

Проблемы, возникающие в отрасли здравоохранения в целом и в службе ОЗМиР в частности, должны быть урегулированы соответствующими органами управления. Однако региональная система управления здравоохранением в настоящее время находится в критическом состоянии, а ее деятельность – одна из самых наболевших проблем ДФО. Длительный период в регионе не были определены приоритетные цели в сфере охраны матери и ребенка, стала разрушаться система профилактических технологий в акушерстве и педиатрии. Таким образом, объективные социально-экономические и политические причины пока не позволили создать региональную систему управления службой ОЗМиР, которая бы обеспечивала стабильное и полноценное развитие службы в ДФО.

Для устранения этих негативных явлений необходимы, в первую очередь, совершенствование организации работы ЛПУ службы ОЗМиР и управления ими, разработка регламентации этого процесса в условиях региона, дальнейшее углубление и развитие демократических начал и повышения эффективности управления службой.

Если характеризовать службу ОЗМиР региона исходя из положений Концепции развития здравоохранения России до 2020 года, то стратегической целью является повышение здоровья женщин и детей до уровня лучших мировых показателей. Обеспечить эту цель следует с помощью реализации нескольких относительно неотложных задач, в частности: повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи каждой семье и ее членам при условии сохранения и укрепления традиционной стройной отечественной структуры здравоохранения, основанной на этапности оказания медицинской помощи, комплексной стандартизации и формировании вертикальных и горизонтальных маршрутов движения пациентов, формирования расчетной потребности и организация сети межтерриториальных амбулаторно-поликлинических диагностико-лечебных центров и отделений, учитывающих одновременно необходимость приближения медицинской помощи, как к отдельной семье, так и населению в целом. Совершенствование выездных форм медицинской помощи, особенно для труднодоступных территорий Российских провинций. Восстановление и укрепление промышленной медицины на государственных и частных предприятиях, включая медико-санитарные части, врачебные и фельдшерские здравпункты. Возможность введения системы врачей общей практики, обслуживающих одновременно и взрослых и детей, в сельских и в отдаленных регионах, при невозможности создания полноценного педиатрического участка и при условии общего числа детей до 400 и взрослого населения до 1 000 у одного врача общей практики. Введение в поликлиниках новой номенклатуры: «участковый терапевт широкого профиля» и «участковый педиатр широкого профиля» – участковых врачей, которые прошли одновременно подготовку по смеж-

ным специальностям (хирургия, акушерство, неврология, отоларингология, аллергология, нефрология и пр.), при сохранении и укреплении в крупных консультативных поликлиниках института узких специалистов.

Требование современности – развитие разнообразных формы общественно-государственного и частно-государственного партнерства в сфере охраны здоровья женщин и детей, развитие участия частной медицины, некоммерческих организаций в выполнении государственного заказа в сфере охраны здоровья матери и ребенка.

Основной акцент в современной службе ОЗМиР должен быть сделан на профилактике и организации эффективной первичной помощи. Поэтому необходима реструктуризация производства медицинских услуг женщинам и детям, опережающая развитие системы первичной помощи, программ раннего выявления и профилактики заболеваний и патологических синдромов. А также увеличение объема и эффективности помощи на уровне первичного звена и сокращение объемов госпитальных затрат.

В кадровой структуре российского здравоохранения доля врачей ПМСП не превышает 25 % против 45-55 % в экономически развитых странах. Частота направления врачами первичного звена к узким специалистам на Западе составляет 4-10 %, в России – более 30 %. До 80 % плановых хирургических вмешательств можно проводить в отделениях амбулаторной хирургии. По оценкам экспертов, объем госпитализаций в России является завышенным, доля расходов на стационарное лечение в России аномально высока – более 60 % затрат на госпитальную помощь против 30-40 % в западноевропейских странах.

Основой успешной деятельности ЛПУ службы ОЗМиР является выбор наиболее эффективных методов управления по отношению ко многим составляющим медицинской деятельности, в том числе и к экономическим ресурсам. В настоящее время все большее значение имеют экономические методы управления. К ним относится система экономических приемов и рычагов, с помощью которых осуществляется влияние на ЛПУ с целью наиболее эффективного достижения поставленной цели и обеспечения единства интересов общества, медицинского персонала и отдельного пациента.

Тенденции развития службы ОЗМиР на Дальнем Востоке России в последние годы ставят перед органами управления сложный комплекс проблем, который требует научных подходов и теоретически осмысленных и взвешенных решений. Применять в ДФО общепринятые для России методики планирования и прогнозирования медицинской помощи женщинам и детям следует с определенной долей осторожности, поскольку каждый регион имеет свои, только ему свойственные географические, транспортные, климатические и экономические особенности, что отражается на формировании патологии у женщин и детей.

Кроме показателей здоровья женщин и детей, которые косвенно характеризуют и являются отражением эффективности производства медицинских услуг того или иного уровня качества и безопасности, а также эффективности работы ЛПУ службы ОЗМиР, необходимо рассматривать их работу с точки зре-

ния выполнения задач управляющих и исполняющих субъектов службы. Субъекты производственной системы делятся на две большие группы: группа управляющая и группа исполняющая, со своими, присущими только этой группе, функциями (рис. 43).

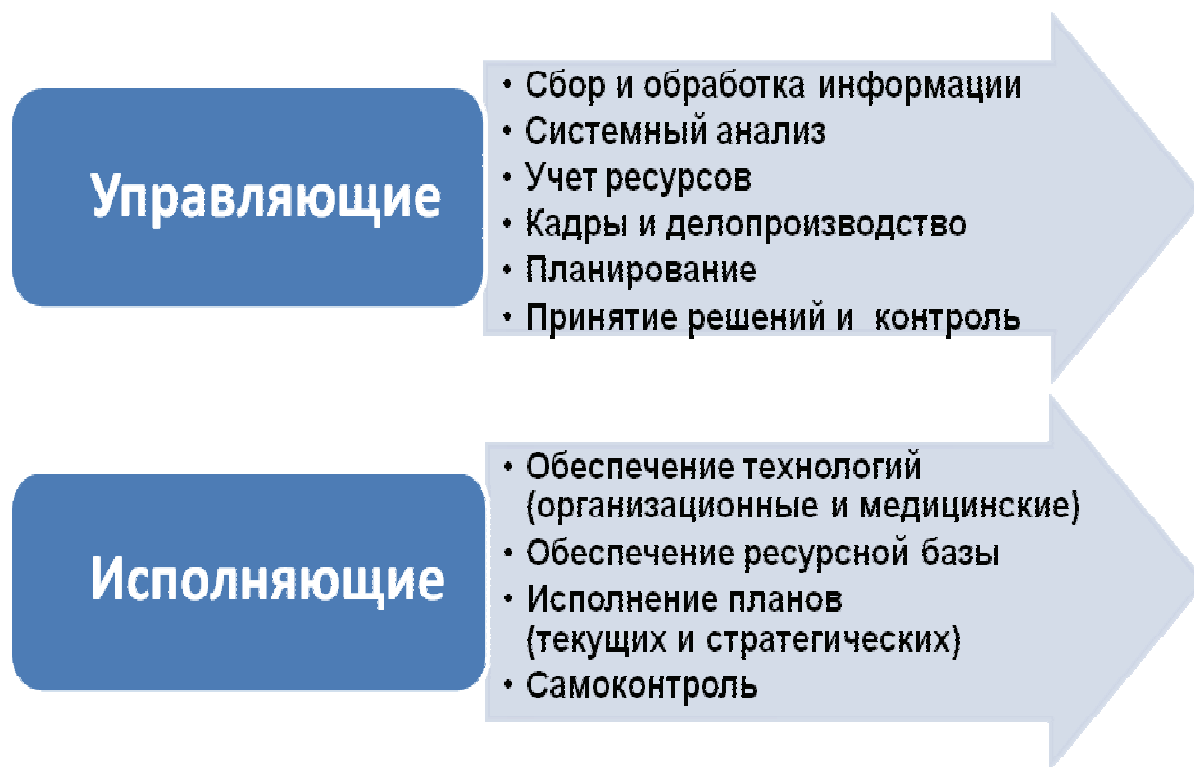


Рис. 43. Основные функции субъектов системы охраны здоровья матери и ребенка

Следует отметить, что управляющие субъекты системы сегодня дезорганизованы, слабо адаптированы к управлению ЛПУ в рыночных условиях, что значительно снизило их эффективность. Еще большие потери понесли исполняющие субъекты за счет снижения мотивации к качественной работе и самоконтролю.

Любая система, в том числе и система производства медицинских услуг женщинам и детям, должна работать в единой организационной технологии, которая соответствует определенным принципам современного менеджмента. При переходе к новой модели управления ЛПУ службы ОЗМиР три основных понятия, применявшиеся в прошлом, приобретают новые, дополнительные оттенки. Вот эти понятия: клиент (потребитель медицинских услуг), технологический процесс и результат.¹⁰

Внутренняя среда ЛПУ службы ОЗМиР – это взаимодействие структурного, технологического (процессуального) и результирующего компонентов, а внешняя (окружающая) среда — это все разнообразие взаимодействующих элементов, начиная от правительственных институтов, кончая пациентами (женщины и дети). Следует отметить, что система производства медицинских услуг

¹⁰ Ishikawa K. What is Total Quality Control? The Japanese Way. — London: Prentice Hall, 1985.

женщинам и детям относится к разряду «открытых систем», которые находятся в сложных взаимосвязях с окружающей средой (рис. 44).



Рис. 44. Организационная среда производства медицинских услуг женщинам и детям

Кроме показателей здоровья пациентов, которые косвенно являются отражением уровня доступности, качества и безопасности производства медицинских услуг женщинам и детям, необходимо рассматривать работу ЛПУ службы ОЗМиР с точки зрения условий стандартизации и выполнения стандартов. Эти условия анализируются с позиции реального состояния структурных, технологических и результирующих элементов службы ОЗМиР, где:

- I. структура – основные фонды и ресурсы (кадровые, материально-технические и финансовые);
- II. технологии – процесс производства медицинских услуг (порядки и протоколы);
- III. результаты – медицинские (состояние здоровья обслуживаемых контингентов населения), социальные (уровень удовлетворенности произведенными услугами) и экономические (соотношение нормативных и фактических затрат).

В управлении производством медицинских услуг женщинам и детям вся деятельность ЛПУ службы ОЗМиР рассматривается в виде процессов и систем (рис. 45).

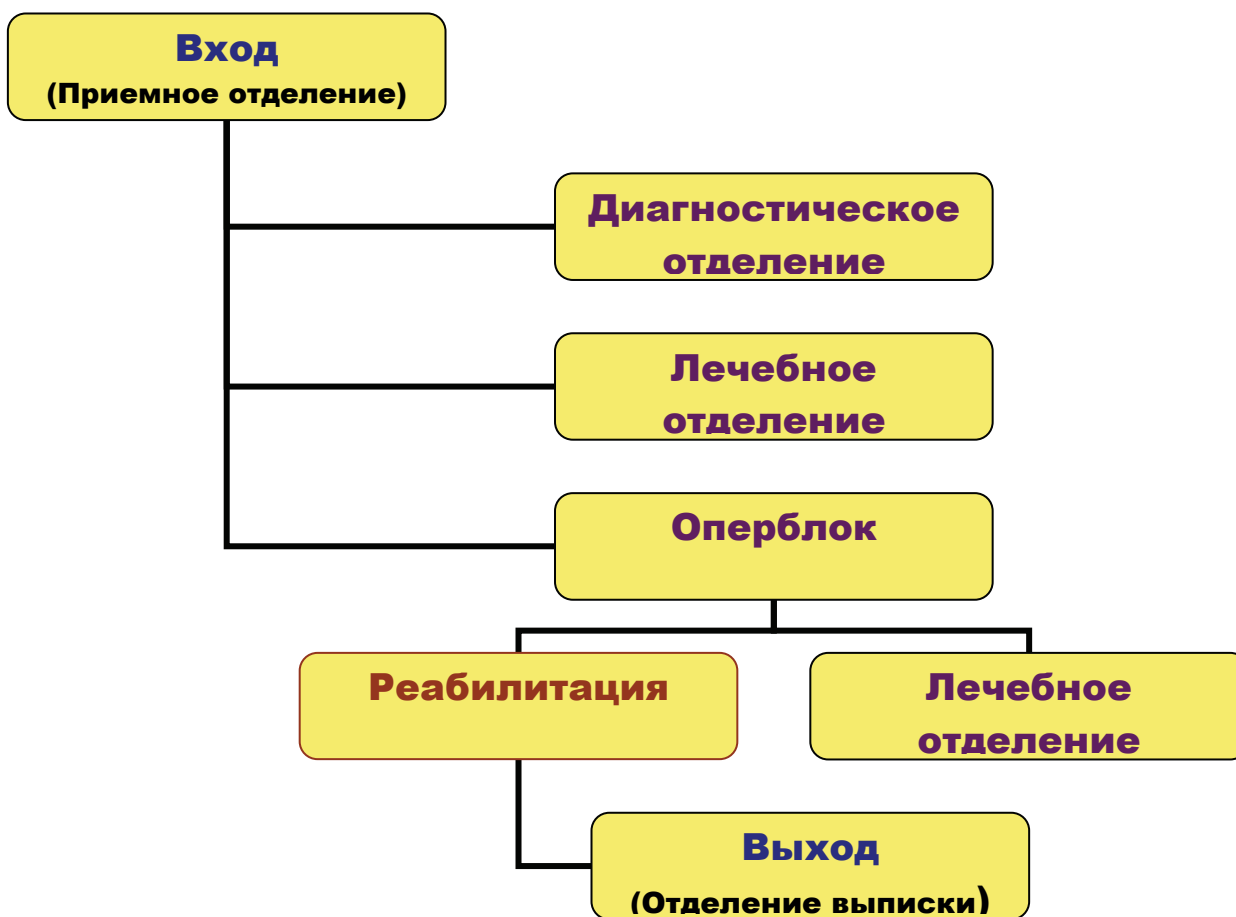


Рис. 45. Модель процесса производства медицинских услуг женщинам и детям

На основании исследования основных элементов системы охраны здоровья матери и ребенка строится ее анализ.¹¹ Вполне естественно, что для ЛПУ службы ОЗМиР, как производственной системы, основополагающим моментом является максимально возможный уровень здоровья пациента в результате оказанной медицинской помощи.

Оценку результатов деятельности службы ОЗМиР следует проводить исходя из периодов медицинского обслуживания: антенатальный период, родовой акт, постнатальный период и период ухода за матерью и ребенком. При этом необходимо учитывать следующие факторы: число и материально-техническое состояние ЛПУ службы ОЗМиР, численные и качественные характеристики персонала, наличие ограничений связанных с культурными, социальными, экономическими и другими факторами препятствующими достижению оптимальных результатов по обеспечению приемлемого уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи матери и ребенку.

¹¹ Анализ – это сравнение фактических и теоретически программированных (смоделированных) результатов деятельности. Системный анализ – это анализ деятельности не отвлеченного объекта, а системы в целом, во всем многообразии условий, связей, зависимостей не только внутри самой системы, но и с ее нынешним окружением (прим. авторов).

Современная медицинская помощь женщинам и детям представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, сложных информационных систем, огромного количества фармацевтической продукции, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур.¹² Для достижения высоких результатов эти сложные элементы должны быть правильно подобраны, а усовершенствования будут зависеть от процессов лечения и управления, которые организуют все эти многочисленные элементы.¹³

Структура службы ОЗМиР ДФО. Децентрализация, расширение самостоятельности и ответственности регионов за охрану здоровья подрастающего поколения – характерная черта времени. Однако эти процессы нередко протекают бессистемно, стихийно, с, зачастую, полярными подходами в реформировании службы ОЗМиР в условиях становления обязательного медицинского страхования и реформирования здравоохранения. Принятая государством в неясной форме концепция саморазвития регионов на этапе трансформации социально-экономической системы, привела к сильным негативным последствиям в развитии отдаленных регионов, в первую очередь, Дальнего Востока России.

Объективно существующая неравномерность хозяйственного развития субъектов РФ, 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 характеристикам (Минакир П.А., 2003). 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.

В этом контексте весьма важным является уточнение в начале третьего тысячелетия состояния трех важнейших компонент, которые формируют фенотип человека, его здоровье (Баранов А.А., 2006). Первая – состояние здоровья матери будущего ребенка, ее образ жизни, отношение к материнству, способность к материнству. Вторая – оценка реализации эволюционных программ: у женщины – вынашивания и рождения; у плода – развития и рождения; у младенца – запуска легочного дыхания, формирование газового и энергетического гомеостаза, адаптация к новой среде обитания; у дошкольника, школьника и подростка – физического, нервно-психического, полового развития. Третья – определение влияния на здоровье матери, плода и ребенка социально-экономических, экологических, средовых факторов.

На основании анализа этих трех компонент и будут сформулированы накопившиеся к началу третьего тысячелетия проблемы материнства и детства Дальнего Востока России, предложены возможные пути решения этих проблем в виде реализации целевых территориальных комплексных программ. Причем

¹²Laffel G., Blumenthal O. The case for using industrial quality management science in health care organisations // JAMA. 1989. V. 262. P. 2869–2873.

¹³Imai M. Kaizen: the key to Japan's competitive success // New York: McGraw-Hill. 1986.

следует отметить, что целевые территориальные комплексные программы охраны здоровья женщин и детей, разработанные и внедренные в европейской части государства, не всегда будут эффективно работать в субъектах РФ ДФО, поскольку существует масса отличий климато-географического, социально-экономического, этнического и др., не учитываемых специалистами-разработчиками программы реформ здравоохранения на уровне Федерального центра.

Действующие в территориях ДФО региональные службы охраны здоровья матери и ребенка пока еще сохраняют структурные и технологические элементы централизованного (социалистического) здравоохранения бывшего СССР. Поэтому, наряду с реализацией задачи сохранения лучших традиций бывшей системы здравоохранения, требуется совершенствование форм и методов охраны здоровья подрастающего поколения исходя из современных тенденций в системах здравоохранения мира.

Структура службы ОЗМиР ДФО отражает реальную ситуацию, сложившуюся к 2011 году в виде сети детских областных (краевых) больниц, детских городских больниц, инфекционных и туберкулезных больниц для детей, детских поликлиник, родильных домов, женских консультаций, перинатальных центров и центров планирования семьи и репродукции (табл. 33).

Но даже исходя из анализа сети ЛПУ службы ОЗМиР субъектов РФ региона становится ясным, что сеть их неоднородна и построена в различных организационных моделях. Таким образом, региональная модель организации медицинской помощи женщинам и детям в настоящее время выражается в виде следующих параметров:

- ✓ *объемные величины структуры службы ОЗМиР, т. е. число учреждений, число коек в стационарах, мощность учреждений амбулаторно-поликлинического профиля и скорой медицинской помощи;*
- ✓ *объемные величины всех видов ресурсов (кадровых, материально-технических и финансовых);*
- ✓ *объемные величины медицинской помощи этой группе населения в виде числа пролеченных больных в стационарах, числа посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения и числа вызовов скорой медицинской помощи;*
- ✓ *объемные величины структуры, ресурсов и медицинской помощи, распределенных по отдельным экономическим зонам и уровням оказания медицинской помощи.*

Формирование вышеуказанных параметров в виде нормативов и стандартов для каждой отдельной территории наталкивается на не решенную до настоящего времени проблему методологии прогнозирования потребности в ресурсах здравоохранения в условиях перехода экономики к рынку (Кравченко Н.А., 1996).

**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
Республика 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

Тем не менее, проработанная на сегодняшний день система социально-экономических нормативов здравоохранения по своей экономической сущности представляет собой достаточно высокоорганизованную систему показателей, выполняющих роль надежного инструмента для прогнозирования и перспективного планирования службы ОЗМиР.

Структурные элементы этой службы в регионе во все времена освоения Дальнего Востока России сохраняли отсталость от центральных регионов России, именно здесь в течение длительного времени не строились современные родильные дома, женские консультации и детские больницы.

В 70-80-х годах прошлого века по мере окончания строительства новых краевых (областных) больниц для взрослых, освобождающиеся здания и сооружения с вконец изношенными основными фондами и коммуникациями передавались в ведение службы ОЗМиР. Менялись вывески, «латалось» оборудование, проводился косметический ремонт зданий и сооружений – таким образом были открыты «новые» детские краевые (областные) больницы в гг. Хабаровске, Благовещенске и Петропавловске-Камчатском. Аналогично выглядела ситуация с родильными домами, многие из которых с 30-х годов XX века и по настоящее время находятся в приспособленных зданиях.

Основные фонды ЛПУ службы ОЗМиР. Реальное 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 2 500 помещений, где работает 700 специалистов. В ближайшее время сдается в эксплуатацию перинатальный центр в Приморском крае и начато строительство аналогичного учреждения службы ОЗМиР в Магаданской области.

Строительство высокотехнологичных ЛПУ – региональных перинатальных центров в ДФО идет двумя путями.

Первый путь, избранный в Республике Саха (Якутия) – комплексное проектирование и строительство «под ключ» исходя из потребностей и особенностей региона в соответствии с международными стандартами (ISO) и достижениями современной науки и практики. В основу функционирования перинатального центра в республике был положен подход высокой концентрации в одном месте значительного числа групп беременных и новорожденных. 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 добился осязаемого прогресса в реализации стандартных технологий оказания медицинской помощи матерям 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 комплекса 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, в конечном итоге оказался на порядок дороже, чем в Республике Саха (Якутия) и его деятельность весьма своеобразно «отразилась» на численности и уровне здоровья подрастающего поколения Хабаровского края.

Кроме того персонал центра не распространяет свою деятельность на территорию всего края, особенно на социально-экономическую зону отдаленных северных территорий региона. 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 Усурийском 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 еще 10 апреля.¹⁴

В настоящее время край представляет собой зону демографической депрессии, и, если в 1987 году на данной территории родилось более 33 тыс. новорожденных детей, то пик числа рождений, достигнутый к 2011 году, составил всего чуть более 17 тыс. новорожденных детей. Число умерших жителей Хаба-

¹⁴ Омельчук Оксана. Катастрофа в медицине. Тихоокеанская звезда. 03. июня 2012 г.

ровского края даже в последние годы на несколько тысяч человек превышает число родившихся, что формирует убыль населения территории. По итогам 2008 года край «лидировал» в России по уровню показателя материнской смертности, аналогично выглядят «достижения» по снижению уровня младенческой и перинатальной смертности, относительному числу аборт, особенно у девочек моложе 18 лет и пр.

Строительство перинатальных центров в регионе продолжается. 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 дает в конечном итоге выигрыш в экономике и во времени, а самое главное позволит добиться результатов функционирования службы ОЗМиР выше, чем в среднем по ДФО как по медицинским, так и по социальным и экономическим показателям.

В целом же, за 25 лет социально-экономических реформ основные фонды ЛПУ (здания, сооружения, коммуникации и техническое оборудование) службы ОЗМиР региона по уровню износа в большинстве случаев перешагнули уровень 70 %. Вполне естественно, что во многих случаях они не соответствуют стандартам (СНИПам, САНПИНам, ГОСтам и т. п.). В аналогичном состоянии находится значительная часть медицинской техники, автотранспорта, технологического оборудования и пр. Меры приоритетного национального проекта «Здоровье» (2006–2009 гг.) на фоне «хронической усталости» основных производственных фондов ЛПУ службы ОЗМиР ДФО выглядели неуклюжей попыткой наложения пластыря на огромные пробоины в корпусе тонущего корабля.

Управленческие решения, основанные на политике «латания дыр», продолжают до настоящего времени, но уже в рамках региональных программ модернизации здравоохранения 2011–2012 гг. Поскольку в последние годы в субъектах РФ ДФО не было сдано в эксплуатацию ни одного нового, соответствующего СНИПам родильного дома или детской больницы. С нашей точки зрения, проводимые капитальные ремонты и реконструкция приспособленных зданий и сооружений ЛПУ службы ОЗМиР – мера необходимая, но малоэффективная, поскольку только комплексное проектирование и последующее строительство объектов, полностью соответствующих стандартам СНИПов и САНПИНов позволит надеяться на достижение приемлемых результатов деятельности службы. Именно такой подход к модернизации службы ОЗМиР региона позволит повсеместно внедрять как национальные (российские), так и международные протоколы (стандарты) оказания медицинской помощи женщинам и детям.

Анализ структуры ЛПУ службы ОЗМиР региона, с точки зрения обеспеченности населения акушерскими койками, показывает, что число коек в абсолютном выражении уменьшилось с 4 705 в 2005 г. до 4 336 в 2010 г. (табл. 34).

**Число акушерских коек и обеспеченность на 10 000 женщин
фертильного возраста (15–49 лет) в 2005–2010 гг.**

Территория	Всего акушерских коек (абс. число)					На 10 000 женщин фертильного возраста				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	4 705	4 540	4 473	4 329	4 336	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	1 373	1 256	1 184	1 137	1 155	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 область	141	126	121	120	123	28,6	27,2	27,1	27,7	28,4
Сахалинская область	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

Однако динамика относительного показателя обеспеченности практически не меняется, имеются территориальные различия. В 2010 году по числу акушерских коек лидировали Камчатский край (34,2 на 10 000 женщин фертильного возраста), а наименьшее число – 19,5 на 10 000 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 уровень износа основных фондов ЛПУ и санитарные условия отделений, где расположены вышеуказанные койки, а также технологическое и техническое оборудование зачастую не позволяют реализовать технологии совместного содержания матери и ребенка, проводить адекватную кислородотерапию новорожденным детям в родильном зале подогретым до 25 °С кислородом, выхаживать недоношенных детей, проводить оперативные пособия беременным женщинам и т. п.

Абсолютное число гинекологических коек в регионе, так же как акушерских, за истекший период снизилось с 3 998 в 2005 г. до 3 421 в 2010 г. Динамика относительного показателя обеспеченности гинекологическими койками относительно 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 фиксируется в Хабаровском крае – 7,50 гинекологических коек на 10 000 женщин фертильного возраста (табл. 35). Несмотря на удовлетворительные количественные характеристики коечного фонда гинекологических отделений, условия их содержания далеки от оптимальных. 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 100000 женщин фертильного возраста, а наименьший – 0,42 на 10000 женщин фертильного возраста – в Приморском крае (табл. 36).

Таблица 35

**Число гинекологических коек и обеспеченность
на 10 000 женщин фертильного возраста**

Субъекты РФ	Гинекологические койки, кроме коек для производства абортов (абс. число)					На 10 000 женского населения				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	3 998	3 701	3 572	3 499	3 421	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	1 072	1 030	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

Таблица 36

**Число коек для производства абортв и обеспеченность на 10 000
женщин фертильного возраста**

Субъекты РФ	Койки для производства абортв (абс. число)					На 10 000 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 область	55	38	38	40	39	2,22	1,58	1,61	1,73	1,68
Магаданская область	6	5	4	4	4	1,22	1,08	0,89	0,92	0,92
Сахалинская область	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

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 сезонных и годовых колебаний потребности в видах и объемах услуг, производимых акушерами-гинекологами в условиях круглосуточных стационаров, то снижения доступности для пациентов (очередность на госпитализацию в родильные дома, переполнение гинекологических отделений и т. п.) можно избежать за счет повышения уровня эффективности управления ЛПУ службы ОЗМиР и переноса части видов и объемов медицинской помощи в сектор полустационаров и амбулаторный сектор.

Коечный фонд детских больниц во временном промежутке с 2005 по 2010 гг. претерпел количественные изменения, число коек сократилось с 12 342 до 10 355. В то же время качественных изменений не произошло, не была реализована трансформация детских стационаров по типам:

- ✓ *интенсивного лечения;*
- ✓ *реабилитации (долечивания);*
- ✓ *длительного лечения хронических больных;*
- ✓ *медико-социального назначения.*

Работа по переводу части объемов медицинской помощи в стационары дневного и кратковременного пребывания, с одновременным развитием центров амбулаторной хирургии, служб ухода на дому и т. п. носила в большей мере формальный характер, что не сопровождалось реальными результатами повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи детям. 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 на 10 000 детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно по ДФО в целом, в Магаданской области он достигал 118,3 на 10 000 детей, а в Приморском крае всего 70,7 на 10 000 детей (табл. 37).

Круглосуточный стационар в настоящее время продолжает играть центральную роль в оказании медицинской помощи детям. Однако управляющие структуры слишком долго не уделяли детским больницам должного внимания. Отчасти это было связано с тем, что реформа больниц считалась весьма сложной проблемой. И действительно, стационарные медицинские учреждения – сложные учреждения, нередко излишне специфичны для понимания их роли в службе ОЗМиР. Территориальное распределение и структура детских больниц часто отражают потребности предшествующих поколений региона; нередко детские больницы кажутся весьма устойчивыми к рыночным переменам. Тем не менее, им приходится, так или иначе, приспособляться к изменениям в структуре населения и в структуре заболеваемости, а также к техническому прогрессу и к новым ожиданиям общества.

На реформирование детских больниц в ДФО влияют такие факторы, как изменение численности и состава населения, структура заболеваемости, появление новых возможностей по производству медицинских услуг по мере научного и технического прогресса.

Круглосуточные стационарные койки для детей

Территория	Всего (включая специализированные*)					На 10 000 детского населения в возрасте 0–17 лет				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
ДФО	12 342	11 000	10 838	10 585	10 355	88,3	83,6	84,0	82,8	81,0
Респ. Саха (Якутия)	2 254	1616	1640	1 635	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	2 579	2 479	2 395	2 361	2500	66,0	67,7	67,0	66,8	70,7
Хабаровский край	2 849	2 737	2 767	2 711	2486	102,8	104,7	107,6	106,0	97,2
Амурская область	1 791	1 598	1 546	1565	1538	92,7	88,0	87,1	89,1	87,6
Магаданская область	419	396	397	377	368	118,3	121,5	125,9	121,2	118,3
Сахалинская область	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

Новые формы и типы лечения, применение современных международных стандартов технологий требуют строительства новых зданий ЛПУ, переобучения медицинского и технического персонала, и новых методов управления. Особое значение в условиях реформирования и модернизации производства медицинских услуг приобретает уровень обеспеченности населения медицинскими кадрами. В этом смысле служба ОЗМиР ДФО также подвергается изменениям.

Абсолютное число физических лиц врачей акушеров-гинекологов уменьшилось в округе с 2 013 в 2005 г. до 1 838 в 2010 г., хотя в относительных величинах заметного уменьшения не произошло, что говорит о продолжающемся уменьшении женского населения в ДФО (табл. 38).

В конце 2010 года Правительство России приняло ряд решений, которые призваны продвинуть отечественную систему здравоохранения вперед... «Задача повышения качества медицинской помощи актуальна и востребована обществом. В этом году во всех регионах страны прошло обсуждение проблем здравоохранения с участием общественных организаций и профессиональных объединений медицинских работников. Администрации субъектов Федерации провели инвентаризацию сети медучреждений, выявили узкие места и проблемы, влияющие на качество лечения граждан. На устранение этих проблем и направлены региональные программы модернизации здравоохранения» – сказал

на совещании по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов РФ 9 ноября 2010 г. В.В. Путин – Председатель Правительства РФ.

Таблица 38

Обеспеченность населения кадрами врачей акушеров-гинекологов территорий ДФО (физич. лица)

Территория	Врачи акушеры-гинекологи					Обеспеченность на 10 000 женского населения				
	2005	2007	2008	2009	2010	2005	2007	2008	2009	2010
Дальневосточный федеральный округ	2 013	1 931	1 915	1 849	1 838	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

В плане модернизации отрасли многие регионы направили свои усилия на решение проблем, связанных с кадровыми ресурсами службы ОЗМиР. Это не всегда делается систематическим путем в рамках четкой стратегии в отношении кадровых ресурсов. Такая стратегия должна основываться на тщательной оценке сегодняшней ситуации кадрового обеспечения ЛПУ службы ОЗМиР ДФО. Оценки должны включать имеющихся в наличии врачей, их состава, возрастной структуры, распределения и размещения, их прогнозируемой эволюции в соответствии с различными сценариями. Необходимо проводить анализ динамики рынка труда медицинских работников с позиции притока (включая миграцию) и оттока, и внутренней мобильности между государственным и частным сектором, оценку влияния освоения новых технологий, оценку качества работы ЛПУ и качества программ по образованию и подготовке кадров.

На базе этих оценок может быть запущен процесс определения потребностей во врачебных кадрах службы ОЗМиР путем выявления расхождений между существующей сегодня и более желательной ситуацией. Требуется определить необходимые затраты на осуществление различных вариантов региональных стратегий, направленных на оптимальное обеспечение ЛПУ различных уровней врачами всех специальностей. В условиях региона политика по развитию медицинских кадров должна установить, 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. Для того, чтобы реализовать подобную стратегию ее выбор должен согласовываться с различными заинтересованными сторонами, начиная от органов управления субъектов РФ ДФО, заканчивая медицинскими образовательными учреждениями.

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 по подготовке и переподготовке 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 2 939 врачей-педиатров, а в 2010 г. – 2 901. 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. 39). 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 39

Обеспеченность населения кадрами врачей-педиатров территорий ДФО (физические лица)

Территория	Врачи-педиатры					Обеспеченность на 10 000 детского населения в возрасте 0–17 лет				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Дальневосточный федеральный округ	2 939	2 983	2 976	2 942	2 901	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	31,5

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. К сожалению, кадровая ситуация в службе не вызывает оптимизма, поскольку отмена системы обязательного распределения выпускников медицинских вузов привела к нарушению хрупкого баланса, который поддерживался в здравоохранении бывшего СССР. Баланс заключался в том, что 80 % выпускников были заняты в системе оказания терапевтической медицинской помощи (в их число не входили педиатры и стоматологи), 10 % в хирургии и 10 % в акушерстве и гинекологии. В конце 1980 годов он изменился в пользу занятости большего числа выпускников медицинских вузов в узкопрофильных специальностях.

В настоящее время во многих территориях ДФО в детских поликлиниках и больницах, родильных домах и женских консультациях ощущается достаточно жесткий дефицит врачей, медицинских сестер и акушерок, 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.

В ближайшие 5-7 лет кадровая ситуация в службе ОЗМиР станет кризисной. Причем время его наступления связано с тем, что значительная часть медицинских работников достигла или в ближайшее время достигнет пенсионного возраста. Что же относительно молодых специалистов – выпускников медицинских вузов региона, то они связывают свое будущее или с работой в коммерческих ЛПУ или с работой за пределами Дальнего Востока России.

Кроме кадровых ресурсов, одним из важнейших структурных элементов службы ОЗМиР региона являются материально-технические ресурсы ЛПУ. При ближайшем рассмотрении, если не брать во внимание ЛПУ службы ОЗМиР, расположенные в региональных столицах и относительно крупных городах и рабочих поселках, 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 амбулатории отсутствует водопровод и канализация, в 30 % – горячее водоснабжение, а в некоторых до сих пор – 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. Во втором квартале 2012 г. в регионе имелись ЛПУ, где листки 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. Все вышесказанное дополняется проблемой обеспечения организационных (порядки оказания медицинской помощи) и медицинских (протоколы оказания медицинской помощи) стандартов, внедряемых как законодательная норма на федеральном уровне и становятся обязательными к исполнению всеми участниками процесса производства медицинских услуг независимо от принадлежности и уровня ЛПУ.

Безусловно, в рамках реализации национального проекта «Здоровье» и программ модернизации отрасли здравоохранения в 2011–2012 гг., большинство ЛПУ подняли уровень своей фондовооруженности, заменили часть технического и технологического оборудования, но до полного выполнения рекомендаций стандартов (порядков) оказания медицинской помощи учреждениям, где оказывается медицинская помощь женщинам и детям в ДФО еще далеко...

Признавая огромное значение Приоритетного национального проекта «Здоровье» и «Региональных программ модернизации 2011–2012 гг.» для перееснащения ЛПУ службы ОЗМиР технологическим оборудованием, следует отметить, что последние готовились в спешке, без углубленной проработки вопросов и прогнозирования последствий. Решения по приоритетам принимались 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 специфических условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока (бездорожье, низкие зимние температуры, отсутствие автосервисов и т. п.) вызывает массу нареканий от руководителей ЛПУ 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.

Финансовые ресурсы службы ОЗМиР ДФО. В регионе пока действует достаточно сложная система финансирования, которая имеет несколько источников:

- ✓ *федеральный бюджет;*
- ✓ *бюджет субъекта Федерации;*
- ✓ *личные средства пациента: платные медицинские услуги, теневые схемы платежей за услуги;*
- ✓ *обязательное медицинское страхование;*
- ✓ *добровольное медицинское страхование;*
- ✓ *оплата через благотворительные фонды и организации;*
- ✓ *бюджет муниципального образования;*
- ✓ *бюджеты коммерческих структур.*

За многолетними рассуждениями руководителей 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 помощь 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 г. Хабаровска 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, обследований УЗИ, их мониторингования и т. п., как правило в сетевых негосударственных лабораторных центрах (Юнилаб и др.) Но интересно то, что значительная часть назначенных тестов не выполняется в самих женских консультациях, а производится или в сетевых негосударственных медицинских организациях или в крупных многопрофильных больницах, или в региональных перинатальных центрах, что естественно для сложившейся системы финансирования ЛПУ службы ОЗМиР, – за счет личных средств беременной. По данным 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. Такое положение удручает...

Платные медицинские услуги стали основой легального финансирования многих учреждений родовспоможения региона. В некоторых населенных пунктах оказание платных услуг в государственных ЛПУ службы ОЗМиР блокируется местными властями, что сразу же формирует значительный поток «серых платежей» из кармана потребителя (пациента, его родителей или беременной женщины) в карман медицинских работников.

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 с финансовыми ресурсами службы ОЗМиР несколько, но самая главная – это недофинансирование программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению региона, а, следовательно и ЛПУ службы ОЗМиР, уровень которой стойко превышает 30 % 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 соответственно 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.


Они расположены в приспособленных помещениях, со значительным износом основных фондов и медицинского оборудования, огромным дефицитом медицинского персонала, особенно врачей. Именно здесь хроническое недофинансирование привело медицинские учреждения в состояние затяжного кризиса, когда они не способны воспроизводить элементарные организационные и медицинские технологии тридцатилетней давности, не говоря о выполнении порядков и протоколов сегодняшнего дня. Иногда структурная несостоятельность отдельных ЛПУ службы ОЗМиР ДФО, как правило, имеющих лицензию государственного образца, выданную Роспотребнадзором, заканчивается гибелью пациентов от распространенных заболеваний, которые в обычных (стандартных) условиях не представляют трудности для диагностики и лечения.


Такие случаи повторяются с завидной регулярностью.¹⁵ Но ведь именно анализ возможностей ресурсной базы ЛПУ по обеспечению стандартных технологических процессов в условиях лицензирования должны дать ответы на следующие вопросы:

- ✓ *существуют ли условия, которые могут представлять опасность для пациента и персонала?*
- ✓ *имеется ли достаточное количество ресурсов с соответствующим качеством для обеспечения реализуемых организационных и медицинских технологий?*
- ✓ *имеет ли место нерациональное использование ресурсов и т. п.?*

В настоящее время в службе ОЗМиР региона практически все без исключения ЛПУ имеют специальные разрешения на осуществление ими видов медицинской деятельности и услуг по охране здоровья матерей и детей. Теоретически лицензирование позволяет определять возможности (наличие организационно-технических условий, материально-технического оснащения, наличие профессиональных сотрудников, имеющих высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и т. п.) ЛПУ службы ОЗМиР с момента выдачи лицензии наделяется правом заниматься медицинской практикой в объеме и функциях, адекватных уровню подготовки медицинского персонала, состоянию материально-технической базы учреждения и его оснащения.¹⁶ Однако реальность весьма далека от теоретических построений организаторов здравоохранения, содержания принимаемых федеральных законов и результатов деятельности надзорных органов, поэтому трагические случаи, когда ЛПУ имеет лицензию, но его структурные элементы не соответствуют ее содержанию, становятся привычным явлением для региона.

Исторически структура сети учреждений службы ОЗМиР в субъектах РФ ДФО формировалась по административно-территориальному принципу, который сохраняется до настоящего времени. Вместе с тем, современный лечебно-диагностический процесс вышел за границы отдельного учреждения и административной территории и осуществляется на основе единой многоуровневой сети взаимосвязанных между собой учреждений службы ОЗМиР региона в целом.

¹⁵  AmurMedia. В пос. Уссурийском, находящегося в черте г. Хабаровска, в апреле 2012 г. (в 1 км. от городской набережной) на ФАПе около суток ребенок в возрасте 7 мес. с диагнозом пневмония не мог получить квалифицированной помощи. Ни сотрудники Хабаровского краевого центр медицины катастроф, ни выездная бригада РКЦ Хабаровского краевого перинатального центра помощи не оказали по «техническим» причинам. Ребенок умер...

 AmurMedia. 23 мая 2012 г. «...Проверка, проведенная прокуратурой Тугуро-Чумиканского района по факту смерти 15-летней жительницы с. Чумикан от туберкулеза легких, показала, что ЦРБ является единственным учреждением здравоохранения района, которая оснащена необходимым оборудованием для диагностики туберкулеза (рентгеновский и флюорографический аппараты)». Несвоевременно поставленный диагноз, а также непринятие должных мер к оказанию своевременной медицинской помощи, привели к смерти несовершеннолетней девочки... В последующем, в процессе массового обследования жителей данного населенного пункта (число жителей которого составляет менее 1 000 человек) было дополнительно выявлено еще 16 больных различными формами туберкулеза...

¹⁶ Закон РФ «О лицензировании отдельных видов деятельности» № 128-ФЗ от 08.08.2001 г. (в ред. 05.02.07 г.).

Основой современной системы оказания медицинской помощи женщинам и детям становятся крупные больничные комплексы, в которых концентрируются специализированные виды помощи и современные медицинские технологии. В этих условиях стационарные учреждения местного уровня (участковые больницы и городские больницы небольших поселений) практически исчерпали себя как этап больничной помощи. Маломощные ЦРБ, в состав которых входят детские и акушерские отделения, оказываются не в состоянии на уровне современных требований обеспечить женщин и детей специализированными видами помощи. В результате этого снижается доступность стационарной помощи для жителей небольших городских поселений и поселений в сельской местности.

Это противоречие является ключевым на современном этапе развития стационарной помощи женщинам и детям в регионе. Для его преодоления следует использовать принцип территориального подхода при построении сети больничных учреждений, в соответствии с которым для обеспечения сельского населения специализированной помощью формируются межрайонные специализированные отделения (центры), оказывающие помощь населению нескольких тяготеющих к зональному центру районов.

В этой связи заслуживает внимания сформулированные Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации положения о необходимости:

- 1. формирования на базе центральных районных больниц лечебно-диагностических комплексов, включающих в себя муниципальные сельские медицинские учреждения;*
- 2. возрождения межрайонных и межрегиональных специализированных медицинских центров;*
- 3. оказания государственной поддержки мерам по внедрению современных технологий в подразделениях интенсивного лечения. Это положение следует отнести к больничным учреждениям межрайонного значения, в которых наиболее целесообразно с экономической точки зрения развернуть названные интенсивные технологии;*
- 4. проведения инвестиционной политики, обеспечивающей высокую эффективность вложений;*
- 5. максимального медицинского, социального и экономического эффекта на единицу затрат.*

Принятие этих мер позволит решить задачи улучшения качества и доступности специализированной медицинской помощи женщинам и детям в сельской местности. Аналогичные проблемы существуют не только на Дальнем Востоке России, но и в различных странах мира. В частности, вопросы регионального подхода при формировании сети больниц стали предметом рассмотрения 7-й конференции по больничному делу в Европе, с участием 20 европейских стран и ВОЗ. Было подчеркнута необходимость «регионализации» медицинских учреждений для обеспечения доступности для населения современных медицинских технологий. Переход отечественного здравоохранения на «регио-

нальную модель» и формирование межрайонных центров специализированной медицинской помощи позволит обеспечить более высокий уровень качества предоставляемой медицинской помощи за счет повышения доступности всему населению, в том числе женщинам и детям, новейших медицинских технологий и специализированных видов помощи.

Однако сдерживающим фактором для перехода на региональные принципы построения сети больничных учреждений стало отсутствие адекватного механизма финансового обеспечения межрайонных центров. В условиях потери управляемости по вертикали трудности формирования современной многоуровневой системы медицинского обеспечения обострилась. Преодоление этой тенденции возможно только на основе разработки «Региональных схем реструктуризации сети учреждений здравоохранения» для обеспечения единой стратегии развития здравоохранения на региональном уровне. Необходимость формирования медицинских зон в регионах обусловлено, с одной стороны, сокращением численности населения в сельских местностях, с другой стороны, невозможностью развернуть эффективно работающие специализированные службы в маломощных районных больницах, особенно в условиях территорий Дальнего Востока и Крайнего Севера.

В связи с важностью формирования современной многоуровневой системы оказания стационарной помощи в субъектах РФ ДФО начали реализовываться меры по возрождению деятельности межрайонных специализированных отделений, в том числе детские больницы с консультативными поликлиниками, родильные дома и межрайонные перинатальные центры с консультативно-диагностическими амбулаторными подразделениями. Такая реорганизация сети позволит сформировать условия для реализации порядков и протоколов в службе ОЗМиР региона, а самое главное, подготовить условия для выполнения региональных моделей конечных результатов деятельности службы.

Медицинские и организационные технологии службы ОЗМиР. За последние двадцать лет организационные и медицинские технологии в службе ОЗМиР ДФО претерпели коренные изменения, в значительной мере выросла и обновилась фондовооруженность ЛПУ, внедряется вычислительная техника, достижения физики, химии, биологии, генетики и пр. Критерии процесса (деятельности) разрабатывались в направлении уточненной и однозначной формализации. Как правило, качество процесса производства медицинских услуг женщинам и детям отождествлялось с его соответствием определенному (стандартному) набору критериев. Такой подход увеличивает достоверность критериальной оценки, но усложняет проблему воспроизводимости ее результатов, так как большинство из наборов критериев рассчитано лишь на один из множества возможных подходов достижения качества.

Множественность подходов к производству медицинских услуг женщинам и детям характерна и для работы опытного высококвалифицированного врача-педиатра или акушера-гинеколога. Увязка критериев с реальной практикой работы, процессом принятия решений врачом определяет не только сложность, но и направленность совершенствования критериев, учета эффективно-

сти в обеспечении качества. Условия для реализации отмеченных требований более благоприятны в ЛПУ, где процесс производства медицинских услуг расписан и формализован в достаточной степени подробно, т. е. стандартизован. Тем не менее, и здесь критерии производственного процесса не вполне удовлетворительны и требуют совершенствования. Поэтому считается целесообразным углубить подобные исследования, проводя их в ЛПУ службы ОЗМиР различных мощностей и типов.

Следует отметить, что процесс производства услуг женщинам и детям в амбулаторных условиях, в противоположность стационарным, отражен в медицинской документации лишь частично. Многие виды и элементы работы врача в амбулаторных условиях в медицинских документах вообще не регистрируются, что обуславливает необходимость прибегать к специальным сложным методам сбора нужной информации, оценки и соответственно обеспечения качества. Исключение, пожалуй, представляет регистрация симптомов и жалоб, назначений медикаментов и результатов параклинических исследований, в связи с чем амбулаторные карты не совсем приемлемы в качестве источника информации для оценки стандартных технологий и их эффективности.

По мере того как проблемы со здоровьем подрастающего поколения дальневосточников усложняются, формируются два направления, которые способствуют росту нашей озабоченности по поводу повышения спроса на производство услуг женщинам и детям стандартизованных медицинских услуг, причем эту озабоченность не сможет сгладить прогресс внедрения индустриальных технологий в службу ОЗМиР. Первое направление – растет информационный разрыв между пациентом и врачом, поскольку часто на помощь призываются специалисты для проведения манипуляций, которые необходимы пациенту только один раз в жизни. Второе направление – тариф обычно больше для сложных заболеваний, таким образом, даже информированные потребители получают небольшую отдачу от того, что тщательно взвешивают все возможности, прежде чем выбрать конкретного врача или лечебное учреждение службы ОЗМиР. Врача-педиатра или акушера-гинеколога все чаще будут оценивать на основе его работы как лицо, обеспечивающее взаимодействие между пациентом и системой здравоохранения.

С целью развития стандартизации в службе ОЗМиР, возникает необходимость в проведении следующих мероприятий:

- ✓ *утвердить требования формирования стандарта;*
- ✓ *создать новый программный продукт «Банк данных стандартизованных медицинских услуг службы ОЗМиР»;*
- ✓ *рассчитать тарифы ОМС новых медико-экономических стандартов службы ОЗМиР.*

Учитывая, что стандартизация используется в зоне непосредственного контакта врача и пациента, следует выделять следующие требования к стандартам:

- ✓ *простота в применении стандарта;*
- ✓ *наличие однозначного толкования;*

- ✓ *актуальность – соответствие стандарта современному уровню службы ОЗМиР;*
- ✓ *материальное обеспечение стандарта.*

К числу требований формирования стандарта относится соответствие его принятой структуре. Для этого было принято решение, что каждый раздел стандарта (раздел «Диагностика», раздел «Лечение») состоит из обязательной и дополнительной частей. Обязательная часть стандарта включает в себя услуги со 100 % встречаемостью. При этом, используемый подход в федеральных стандартах, где отдельно указываются такие простые услуги как измерение артериального давления, температуры, сопровождение больного и другие, на практике показало высокую трудоемкость их учета, что может быть устранено путем включения в стандарт комплексной услуги (сестринский уход за терапевтическим больным, сестринский уход за хирургическим больным, сестринский уход за реанимационным больным). Аналогичный подход считаем целесообразным использовать для врачебных физикальных услуг (перкуссия, аускультация и др.).

Например, в приложениях к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности» регламентируется, что медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках ПМСП и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «Акушерство и гинекология».

Данный порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа: первый – амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания); второй – стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) учреждений здравоохранения. Что же относительно органов управления здравоохранением субъектов РФ ДФО разрабатываются и утверждаются листы маршрутизации женщин в случае возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.

Результаты деятельности ЛПУ службы ОЗМиР ДФО. Результативность следует рассматривать с трех основных позиций: медицинских, социальных и экономических.

Медицинские результаты службы ОЗМиР концентрируются на решении проблем рождения достаточного числа здоровых новорожденных детей, уменьшения числа прерванных беременностей по различным показаниям, стремления превалирования числа родов над абортами. Именно по этому показателю за последнее десятилетие достигнуты определенные результаты, однако территории ДФО по темпам снижения числа абортс все равно отстают от центральных регионов России (рис. 46).

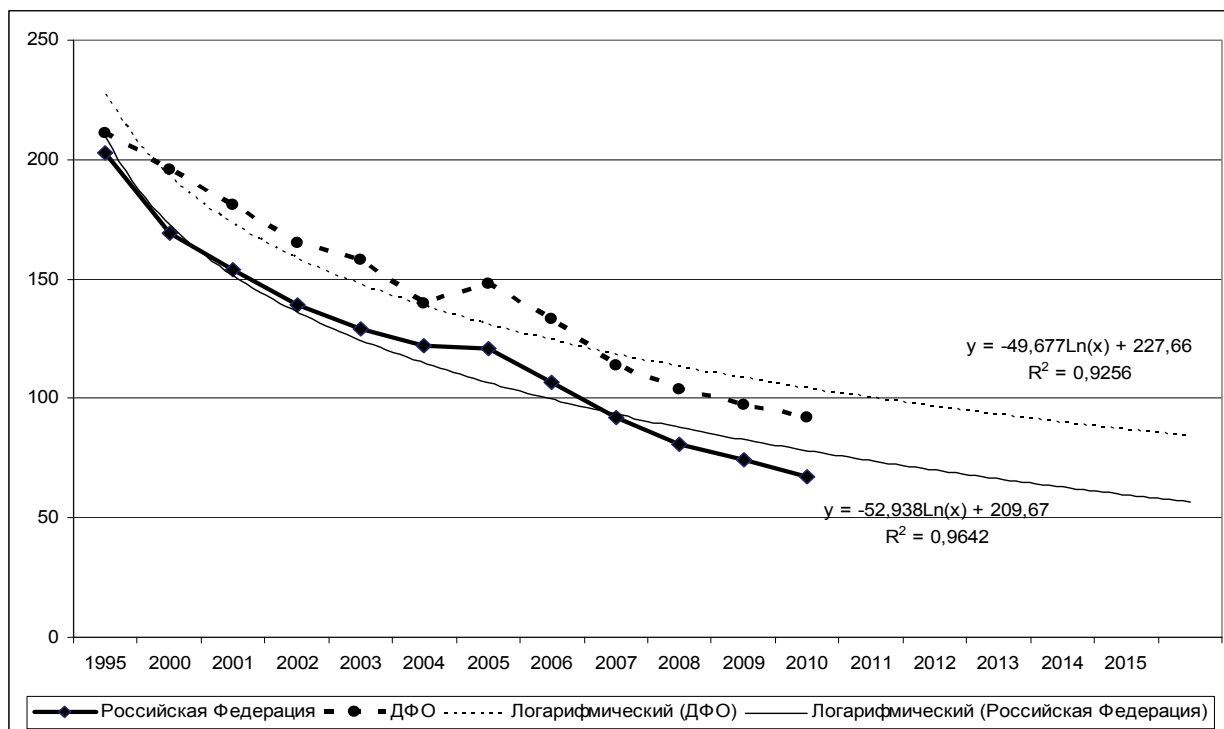


Рис. 46. Динамика показателя прерывание беременности (абортс) в субъектах РФ ДФО (на 100 родов) с 1995 по 2010 гг. и прогноз до 2015 г.

Прогноз до 2015 г. указывает на то, что при условии продолжения целенаправленной работы по проблемам планирования семьи, профилактики абортс темпы снижения числа абортс в ДФО будут сохранены. В то же время, к 2010 г. в регионе сформировалась группа лидеров, где число абортс превышает число родов, это, прежде всего, Магаданская и Сахалинская области, где число абортс на 100 родов составляет 129 и 115 соответственно. Наименьшее число абортс относительно родов производится в Приморском крае – 74 на 100 родов, однако все равно больше, чем в РФ (67 на 100 родов) (табл. 40).

В настоящее время во всех федеральных округах РФ наблюдается относительное преобладание женщин и детей среди малообеспеченных слоев населения.

В условиях социально-экономического кризиса наиболее высокому риску подвержены семьи с детьми, которые испытывают значительные перегрузки и

быстро трансформируются в малоимущие и маргинальные группы населения.¹⁷ Неравенство в отношении здоровья и доступности медицинской помощи между различными группами населения приводит к социальному расслоению общества и способствует высокому уровню социальной нестабильности.

Таблица 40

Прерывание беременности (аборты) в субъектах РФ ДФО (на 100 родов)

Территория	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
РФ	203	169	154	139	129	122	121	107	92	81	74	67
ДФО	211	196	181	165	158	140	148	133	114	104	97	92
Респ. Саха (Якутия)	151	158	142	141	143	119	124	107	95	89	78	80
Камчатский край	240	180	167	150	144	128	157	151	133	119	113	103
Приморский край	234	186	213	187	171	156	125	114	87	85	81	74
Хабаровский край	229	239	194	175	166	160	156	147	135	116	109	103
Амурская область	191	211	195	185	182	162	201	156	133	123	114	106
Магаданская область	254	228	218	199	181	162	158	167	151	148	134	129
Сахалинская область	248	196	197	185	174	141	162	169	148	124	119	115
ЕАО	218	206	200	169	154	150	153	133	126	108	102	102
ЧАО	184	141	110	146	167	113	122	104	95	92	89	75

Что же относительно так называемых экономически депрессивных регионов, к которым, кстати, относятся все 9 субъектов РФ ДФО, то здесь разрыв между богатыми и бедными достиг критических значений. Появление второго, а особенно третьего ребенка в обычной семье, где работают оба родителя, ставит эту вполне благополучную семью на грань банкротства.¹⁸ Именно женщины из таких семей, в нестандартных ситуациях вынуждены регулировать численность своей семьи с помощью искусственного прерывания беременности.

Начиная с 1959 года в России абортами заканчивалось в среднем $\frac{2}{3}$ ежегодного числа беременностей, т. е. на одного новорожденного ребенка приходилось два аборта. После 2000 года соотношение несколько улучшилось – число родов стало расти, а число аборт продолжало снижаться.¹⁹ По данным официальной статистики в России в настоящее время на 100 родов ежегодно приходится 73 случая искусственного прерывания беременности (около 1,5 млн ежегодно), причем подавляющее число женщин, принимающих это решение – женщины русской национальности. Возрастная структура женщин, решившихся на искусственное прерывание беременности, следующая:

- ✓ в возрасте до 19 лет – 142 тыс.,
- ✓ в возрасте от 20 до 34 лет – 1058 тыс.,
- ✓ в возрасте от 34 лет и старше – 376 тыс.

¹⁷ Dyatchenko V., Moschinetsky A. New organizational model of service mother's child's health protection in the territory with low density of the population./ JAPAN-RUSSIA international medical symposium VIII. 2000.09.20-23. – P. 146.

¹⁸ Дьяченко В.Г. Трудно ползти с гордо поднятой головой / В.Г. Дьяченко // Медицинская газета. 2003. 29 октября. – № 81. – С. 9–10.

¹⁹ Сакевич В.И. Аборт или планирование семьи? // Демоскоп Weekly, №279-280, 5-18 марта 2007 г. [Электронный ресурс] / URL: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0279/tema01.php>.

Наиболее распространены аборт в субъектах РФ ДФО, причем на Дальнем Востоке России доля повторнوبرеменных среди прерывающих беременность девушек 15-17 лет достигла одной трети, а 14-летних – более 10%.²⁰

В последние годы в регионе проводится более 60 тыс. абортов ежегодно, оплачиваемых по программе государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования. Относительный коэффициент распространения абортов в 2005–2010 гг. колеблется от 51,8 до 38,4 на 1 000 женщин фертильного возраста, что в условиях низкой рождаемости, высокой смертности и жесточайшего регионального демографического кризиса является недопустимым явлением для Дальнего Востока России, потерявшего за 20 лет социально-экономических реформ около 2 млн населения.

Вполне естественно, что, как и многие «простые» технологии в современной медицине аборт сопровождается ятрогениями, которые в отдельных случаях приводят к гибели пациенток. Гибель женщин в результате прерывания беременности в отечественной статистике регистрируется в рубрике «Материнская смертность» и составляет в ее общей структуре около 10%.

Отдельной темой для Дальнего Востока России стоит беременность у подростков в виде сложнейшей медико-социальной проблемы, поскольку число таких незапланированных беременностей не уменьшается. Значимость этой проблемы определяется биологическими, психологическими и социальными особенностями незрелого организма. Не является секретом и то, что в регионе наблюдаются значительные изменения сексуального поведения молодежи с более ранним началом половой жизни. Случайно возникшая не планируемая беременность в подростковом возрасте качественно меняет жизненный статус юной девушки и иногда обрекает ее на радикальное изменение образа жизни, профессиональных и карьерных планов, положения в семье и всей ее дальнейшей судьбы. В реальной ситуации весьма важен ответ на вопрос: перейдет ли Россия от аборта к планированию семьи.²¹

С медицинских позиций основной проблемой аборта в подростковом возрасте является то, что для этого контингента аборт наиболее опасен с точки зрения риска последующих нарушений репродуктивной функции. В связи с физиологической незрелостью функциональных систем организма девушки число осложнений аборта у подростков в 2-2,5 раза выше, чем у женщин зрелого возраста. Предрасполагающим моментом к развитию осложнений и неблагоприятных последствий аборта у подростков является крайне низкий уровень их соматического и репродуктивного здоровья, что, в свою очередь, обусловлено ранним началом трудовой деятельности и так называемой ранней социализацией подростков. В то же время, после аборта около 8 % женщин в регионе становятся бесплодными. Это приводит к тому, что в настоящее время около 15 %

²⁰ Сакевич В.И. Аборты в мире: десятилетие неравномерного движения // Демоскоп *Weekly*, № 395–396, 26 октября – 8 ноября 2009 г. [Электронный ресурс] / URL: <http://demoscope.ru/weekly/2009/0395/reprod01.php>.

²¹ Сакевич В.И. Аборт или планирование семьи? // Демоскоп *Weekly*, №279-280, 5-18 марта 2007 г.

семей не способны зачать ребенка, усугубляя и без того сложные социальные проблемы Дальнего Востока России.

Полагаем, что в условиях обезлюдевшего региона попавшего в спровоцированную отечественными реформаторами демографическую ловушку у сообщества дальневосточников должен формироваться иной взгляд на искусственное прерывание беременности. Вероятно, следует постепенно уйти от созерцательного, холодного взгляда на проблему вымирания населения практически всех территорий ДФО, и принять региональные управленческие решения на основании результатов плановых НИОКР, основной целью которых станет получение достоверных данных о репродуктивных устремлениях молодежи, о реальном числе прерываемых беременностей и т. п.

Гражданское общество должно определить для себя, что в сложившейся ситуации аборт – это одно из самых жестоких и циничных убийств беззащитного ребенка, находящегося в утробе матери, которая призвана любить и защищать свое дитя, а не убивать его. Причем соучастниками этого убийства становятся мать ребенка, отец ребенка и другие родственники (если знают о намерении женщины совершить аборт и не противостоят этому), а также врачи-акушеры-гинекологи, непосредственно совершающие этот циничный акт. Необходимо кардинально изменить мнение об охране семейных ценностей, о рождении ребенка, об аборте, поскольку сегодня вся эта дикая процедура убийства ребенка позиционируется как прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям «во благо женщины» – несостоявшейся матери... Если в ближайшем будущем представители гражданского общества не осознают всей глубины демографической катастрофы Дальнего Востока России и не примут упреждающих шагов, то их дети и внуки станут перед непростым выбором – ассимилироваться с жителями поднебесной или решать проблему переезда в центральную Россию.

Основными оценочными критериями результатов работы службы ОЗМиР ДФО являются достигнутый уровень атрибутов здоровья женщин и детей, следовательно, структурные диспропорции службы и отклонение от стандартных технологий формирует нежелательные результаты ее деятельности, выражающиеся временными и стойкими расстройствами здоровья пациентов. На основании экспертных оценок дефекты технологий оказания медицинской помощи беременным женщинам преобладали среди причин, приводивших к нежелательным результатам, причем здесь достоверно превалировали дефекты медицинских технологий над организационными. Чаще всего дефекты технологий регистрировались в виде отступлений от стандартов (протоколов) оказания медицинской помощи беременным женщинам в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений (ФАПы, врачебные амбулатории, женские консультации, поликлиники). Эти дефекты концентрировались на поздней диагностике и лечении женщин с ОПГ-гестозами и экстрагенитальной патологией, что приводило в последующем к тяжелым осложнениям в родах. Предполагать рождение здорового ребенка в таких случаях было бы нереально.

В условиях Дальнего Востока России в силу разных причин в родовспомогательных ЛПУ допускается отступление от стандартов ведения беременности и родов из группы женщин высокого риска, что сформировало рост тяжелых осложнений в родах (кровотечения, разрывы матки, сепсис, гибель плода и т. п.). В отдельных случаях отступления от стандартов технологий приводили к гибели и матери, и ребенка.

Врачебные ошибки при оказании медицинской помощи беременным женщинам в ДФО, как правило, имеют место как при формировании причин летальных исходов, так и при формировании стойких расстройств здоровья женщин и новорожденных детей. Наиболее часто дефекты оказания медицинской помощи в результате ошибок, приведших к летальным исходам были связаны:

- ✓ с неправильной интубацией и проведением искусственной вентиляции легких;
- ✓ с неправильным введением лекарственных препаратов;
- ✓ с переливанием крови и кровезаменителей;
- ✓ с дефектами оказания операционного пособия;
- ✓ с осложнениями катетеризации вен;
- ✓ с комплексом диагностических и лечебных ошибок, приведших к ухудшению состояния больных на фоне уже имеющейся патологии.

К стойкому расстройству здоровья в основном приводили дефекты оперативного пособия, в результате которого повреждались органы: матка, прямая кишка, мочеточники или инфицирование послеоперационной раны.

Среди прочих специальностей, по которым проводились экспертные оценки (детская хирургия, анестезиология и реаниматология, манипуляции и уход), имелись соответствующие отклонения от стандартов оказания медицинской помощи. Диагностические ошибки при оказании медицинской помощи детям с хирургической патологией чаще всего концентрировались на уровне первичной медико-санитарной помощи как в сельской, так и в городской местности.

Анализ причин нежелательных результатов показал, что на качество медицинской помощи детям в условиях поликлиник оказывают влияние дефекты структуры ЛПУ: кадровые (отсутствие участкового врача-педиатра, отсутствие у специалистов необходимой квалификации, недостаточная подготовка врачей), отсутствие лекарственных средств, необходимого оборудования. Врачебные ошибки как причины нежелательных результатов оказания медицинской помощи детям, повлиявшие на временное и стойкое расстройство здоровья, имели место при поздней диагностике, выборе неправильной тактики лечения и т. п.

В последние десятилетия в ДФО произошли определенные изменения младенческой смертности, т. е. смертности детей в возрасте до 1-го года. В частности, отставание региона по уровню младенческой смертности от развитых стран АТР связано, прежде всего, с ее архаичной структурой. Тем не менее, в условиях ДФО в последние двадцать лет динамика показателя младенческой

смертности была стойко положительной, т. е. он прогрессивно снижался, однако его уровень оставался более высоким, чем в целом по РФ (рис. 47).

Как известно, младенческая смертность складывается из неонатальной (в возрасте 0–27 дней жизни) и постнеонатальной (с 28 дня и до конца первого года). Неонатальная смертность, в свою очередь, подразделяется на раннюю неонатальную (первые 7 дней жизни, точнее 168 часов) и позднюю (последующие три недели жизни). Чем старше младенец, тем легче, при прочих равных условиях, сохранить его жизнь. Именно поэтому первые решающие успехи были достигнуты в борьбе с постнеонатальной смертностью – они-то и обеспечили стремительное снижение младенческой смертности в регионе в XX веке. Что же относительно начала XXI века, то темпы снижения уровня младенческой, а, следовательно, и перинатальной смертности замедлились. Причем в отдельных субъектах РФ ДФО, на второе место в структуре младенческой смертности стали претендовать причины, связанные с рубрикой «Травмы и отравления».

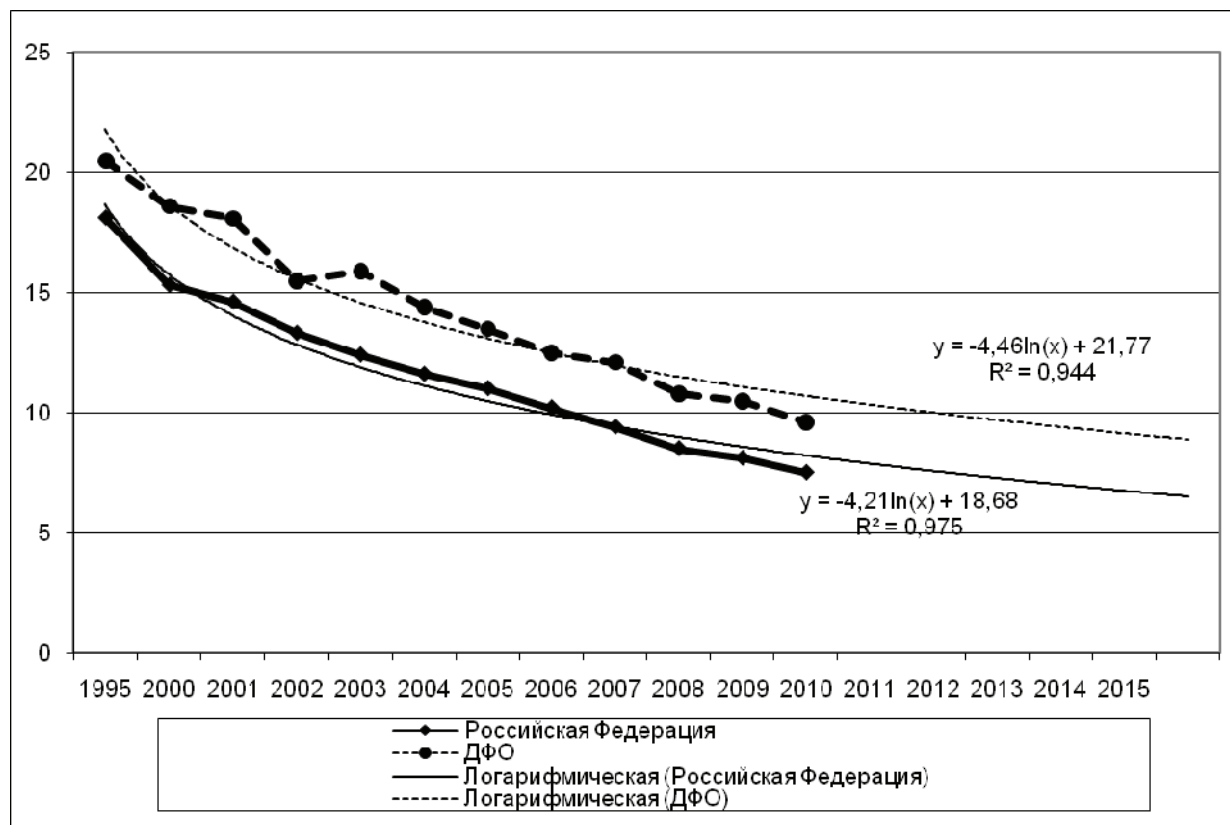


Рис. 47. Динамика коэффициентов младенческой смертности в ДФО и России в 1995–2010 гг. и прогноз до 2015 г. (число детей, умерших в возрасте до 1-го года, на 1 000 родившихся живыми)

Эти процессы подпитываются снижением уровня доступности квалифицированной врачебной помощи значительной части семей дальневосточников, проживающих на территории отдаленных северных и сельских районов. Для некоторых беременных женщин и детей врач стал «экзотической фигурой», поскольку в этих населенных пунктах были ликвидированы сельские участковые

больницы и врачебные амбулатории. В результате, врачебная помощь была заменена на фельдшерскую, а сельские участковые больницы и врачебные амбулатории трансформировались в ФАПы. Следует отметить, что в нашем варианте прогноза до 2015 г. тренд снижения этого показателя сохраняется, однако темп снижения невысок.

В ДФО к 2010 году в различных субъектах РФ коэффициент младенческой смертности имел значительные колебания от 5,9 на 1000 родившихся живыми в Сахалинской области до 21,8 на 1000 в ЧАО, а во всех остальных территориях Дальнего Востока России он превышал среднероссийские показатели (табл. 41).

Таблица 41

Коэффициенты младенческой смертности в субъектах РФ ДФО в 2010 г. (число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1 000 родившихся живыми)

Территория	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Место в РФ в 2010 г.
РФ	17,4	18,1	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	
ДФО	18,8	20,5	18,6	18,1	15,5	15,9	14,4	13,5	12,5	12,1	10,8	10,5	9,6	
Респ. Саха (Якутия)	19,9	19,5	17,6	17,5	15,2	13,2	13,5	10,6	10,6	10,4	9,1	8,9	7,2	42
Камчатский край	16,6	15,4	16,0	15,3	14,1	14,3	13,0	10,3	12,2	8,7	7,5	11,8	9,4	67
Приморский край	18,3	21,5	19,1	16,1	13,0	17,7	13,1	13,1	10,7	11,4	10,3	10,6	9,6	71
Хабаровский край	18,7	17,8	17,3	18,3	16,2	15,6	14,6	13,0	12,3	11,9	11,7	10,3	10,5	76
Амурская область	20,0	23,6	23,8	23,2	18,9	17,2	17,0	18,7	17,4	16,3	15,7	13,0	12,8	78
Магаданская область	17,4	14,2	15,1	11,4	15,1	11,9	11,8	12,0	14,2	14,2	10,0	10,8	9,3	66
Сахалинская область	16,7	22,7	15,1	17,1	14,7	12,5	13,8	14,4	12,9	8,9	8,1	7,2	5,9	14
ЕАО	23,9	26,4	20,2	19,6	19,9	22,3	21,6	15,6	14,3	21,4	11,7	15,0	10,4	74
ЧАО	18,5	34,0	23,4	42,1	32,2	28,0	20,9	17,6	23,2	17,6	9,2	12,6	21,8	83

В ДФО более 70 % случаев мертворождений и смертей новорожденных происходит по причине плохого здоровья матерей и снижения уровня доступности квалифицированной помощи женщинам, проживающим в отдаленных северных и сельских поселениях. Эти факторы играют основную роль в уровне и структуре перинатальной смертности в регионе. Сравнение ДФО с экономически развитыми странами АТР показывает, что темпы снижения младенческой смертности на Дальнем Востоке России могли быть и выше при условии повышения качества жизни будущих матерей и отцов, взвешенной семейной поли-

тике и восстановления количественных и качественных параметров кадрового потенциала ЛПУ службы ОЗМиР.

Уровень младенческой смертности по итогам ежемесячной регистрации в 2011 году был ниже среднего по России (7,3 %) в 46-ти из 83-х субъектов федерации, причем на отдельных территориях страны показатели младенческой смертности вполне соответствуют относительно низкому европейскому уровню.

В 37-ми регионах уровень младенческой смертности превышает средний уровень по России, причем в некоторых вдвое и более (табл. 42). Как следует из данной таблицы в число 10-ти регионов с наиболее высоким коэффициентом младенческой смертности вошли 4 субъекта РФ ДФО: Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ, Амурская область и Хабаровский край.

Таблица 42

Десять регионов Российской Федерации с наиболее высокими и наиболее низкими коэффициентами младенческой смертности (на 1 000 родившихся живыми) в 2011 г.

Регионы с наиболее низкими показателями младенческой смертности		Регионы с наиболее высокими показателями младенческой смертности	
Чувашская Республика	3,5	Чеченская Республика	17,5
Тамбовская область	4,1	Республика Дагестан	15,0
Сахалинская область	4,3	Еврейская автономная область	14,1
Санкт-Петербург	4,3	Республика Тыва	14,0
Республика Коми	4,4	Республика Ингушетия	13,6
Калининградская область	4,6	Чукотский автономный округ	12,8
Республика Татарстан	4,9	Ямало-Ненецкий автономный округ	11,0
Белгородская область	5,0	Республика Алтай	11,0
Республика Мордовия	5,2	Амурская область	10,9
Ленинградская область	5,2	Хабаровский край	10,8
Российская Федерация – 7,3			

В структуре младенческой смертности в ДФО В 2010 году 1-е место занимали состояния, возникшие в перинатальном периоде (45,2 %), 2-е место занимали врожденные пороки развития (22,3 %), 3-е место – внешние причины (19,2 %), 4-е место (15,3 %) – прочие причины.

К началу XXI века в экономически развитых странах в результате прогрессирования социально-экономического развития, успехов в медицинской науке (в том числе появления возможности определять состояние здоровья и патологии плода на разных сроках беременности), в способах диагностики, лечения и выхаживания детей, сокращения до минимума влияния экзогенных факторов сложился положительный тренд в отношении динамики уровня мла-

денческой смертности. В то же время сохраняется ситуация, для которой характерным является концентрация основной части умерших детей в возрасте до 1 года в неонатальном периоде, а в нем – на 1-й неделе. Остается, как и в прежние годы, влияние на уровень показателя младенческой смертности частоты преждевременного рождения.

Рассматривая частоту преждевременных родов в субъектах РФ ДФО в 2010 г., следует отметить, что «лидерами» по данному показателю являлись ЧАО (5,6 %) и Хабаровский край (5,6 %), по уровню мертворождаемости явно-го лидера нет, а по уровню ранней неонатальной смертности, ровно, как и по уровню перинатальной смертности с достаточно большим отрывом лидирует ЧАО – 8,3 и 12,5 % (табл. 43).

Таблица 43

Частота преждевременных родов и показатели мертворождаемости, ранней неонатальной и перинатальной смертности в субъектах РФ ДФО в 2010 г.

Субъект РФ	Частота преждевременных родов (%)	Показатель мертворождаемости (‰)	Показатель ранней неонатальной смертности (‰)	Показатель перинатальной смертности (‰)
РФ	3,9	4,62	2,75	7,37
ДФО	4,1	5,32	3,69	9,01
Респ. Саха (Якутия)	3,2	5,2	2,9	8,1
Камчатский край	5,0	3,3	2,9	6,2
Приморский край	2,9	5,45	4,25	9,7
Хабаровский край	5,0	5,3	2,1	8,2
Амурская область	4,9	5,9	3,7	9,6
Магаданская область	3,8	5,6	3,3	8,9
Сахалинская область	4,17	5,89	2,25	8,14
ЕАО	2,32	5,7	4,2	9,9
ЧАО	5,6	4,2	8,3	12,5

В целом во всех субъектах РФ ДФО по большинству анализируемых показателей как результатов деятельности ЛПУ службы ОЗМиР, наблюдается их превышение над уровнем аналогичных среднероссийских показателей.

Поскольку беременность и роды в большинстве случаев являются физиологическим актом, то гибель женщины во время физиологического акта следует рассматривать, как исключительный факт, который отрицательно характеризует результаты деятельности всей службы ОЗМиР. Низкий уровень рождаемости и высокий уровень смертности поддерживают в ДФО демографический кризис, в связи с этим проблемы ОЗМиР воспринимаются обществом особенно остро,

как правило, из-за более высокой материнской смертности по сравнению с экономически развитыми странами.²²

Если пристально рассмотреть причинно-следственные связи материнской смертности, то они концентрируются на условиях жизни, здоровье беременных и доступности, качестве и безопасности медицинской помощи. Нередко организаторам здравоохранения региона хотелось бы свести проблему высокого уровня материнской смертности к оказанию медицинской помощи беременным отдельным медицинским работником, который не смог выполнить стандарт, т. е. к медицинским (врачебным) ошибкам. Однако ятрогения в причинах материнской смертности занимает не более 20 %, в остальном же – это годами не решаемые проблемы организации медицинской помощи женщинам и детям, которые провоцируют формирование сложной патологии, тяжелых экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений.²³

Несмотря на то, что в течение последнего десятилетия в ДФО наблюдается устойчивая тенденция к снижению показателя материнской смертности, последний формируется на уровне значительно более высоком, чем в среднем по России.²⁴ Самые высокие показатели в 2010 г. были зафиксированы в Камчатском крае – 51,7 на 100 тыс. родившихся живыми; Сахалинской области – 32,94 на 100 тыс.; ЕАО – 41,5 на 100 тыс. В отдельные годы среди «лидеров» по уровню материнской смертности в России, кроме вышеупомянутых, были такие субъекты РФ ДФО, как Хабаровский край. В данных административных образованиях показатели материнской смертности превышали среднероссийский уровень более чем в 2 раза.²⁵

Проводимый анализ показывает, что структура материнской смертности в ДФО более чем на 35 % состоит из управляемых причин. Доминируют кровотечения, сепсис, преэклампсия. В то время как в экономически развитых странах преобладают тромбозы и экстрагенитальные заболевания, то есть причины, которые трудно поддаются регуляции (трудноуправляемые). Однако, если 10 лет назад управляемые причины материнской смертности в ДФО составляли до 65-70 %, то в последние годы среди причин материнской смертности формируются тенденции к уменьшению числа акушерских кровотечений и сепсиса после аборт, хотя возросло число тромбозов. Т. е. наблюдается рост в структуре доли трудноуправляемых причин материнской смертности. Таким образом, показатель материнской смертности в значительной мере отражает доступность, качество и безопасность медицинской помощи беременным

²² Филимончикова, И.Д. Роль врача семейной практики в профилактике материнской смертности / И.Д. Филимончикова, Г.В. Чижова // Пробл. управления здравоохранением. – 2003. – N 6. – С. 45–48.

²³ Шарапова, О.В. Материнская смертность в Российской Федерации: состояние и пути снижения / О.В. Шарапова, Н.Г. Баклаенко, Л.П. Королева // ГлавВрач. – 2006. – N 10. – С. 4–12.

²⁴ Шарапова, О.В. Анализ смертности после осложнения беременности, родов и послеродового периода по федеральным округам и субъектам Российской Федерации (по данным Минздравсоцразвития России) / О.В. Шарапова, Н.Г. Баклаенко, Л.П. Королева // Здравоохранение. – 2008. - № 11. – С. 39–63.

²⁵ Филимончикова, И.Д. Материнская смертность и роль управляемых факторов в ее снижении / И.Д. Филимончикова // Экономика здравоохранения. – 2004. – N 1. – С. 20–23.

женщинам и степень ее организации, и, в меньшей мере, – уровень здоровья и тяжесть патологии самой женщины.²⁶

Службу ОЗМиР региона также характеризуют и показатели смертности детей от 0 до 14 лет и подростков от 15 до 17 лет включительно. В возрастной группе от 0 до 14 лет наблюдается снижение показателей смертности во всех субъектах ДФО РФ (рис. 48, табл. 44).

Если рассматривать абсолютные показатели, то в ДФО в 1990 годах ежегодно погибало около 2 тыс. детей данной возрастной группы, в последующие годы их число снижалось и в 2010 г. число погибших от всех причин в 2010 г. составило 1 203 человека.

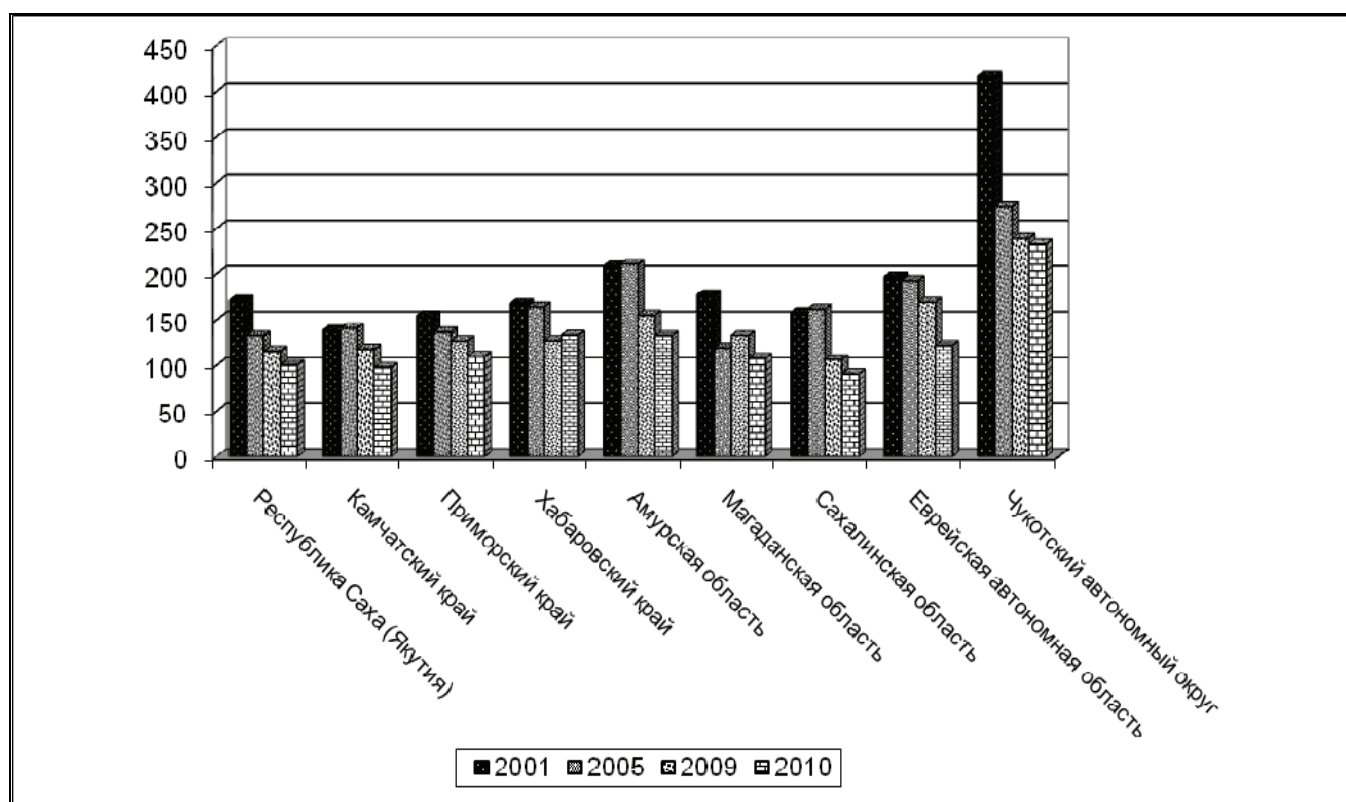


Рис. 48. Смертность детей (0–14 лет) в субъектах РФ ДФО в 2001–2010 гг.

²⁶ Серов, В. Н. Профилактика материнской смертности / В. Н. Серов // Рус. мед. журн. - 2008. - N 1. - С. 1-4.

Смертность детей (0-14 лет) в субъектах РФ ДФО в 2001–2010 гг.

Территория	Год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная область	Чукотский автономный округ	ДФО
От всех причин (абс.)	2001	411	98	576	422	379	57	165	75	30	2 213
	2005	280	80	417	348	316	33	134	62	14	1 684
	2009	237	65	364	266	224	34	85	53	9	1 337
	2010	207	54	319	279	192	28	73	35	16	1 203
От всех причин (на 100 000 населения)	2001	171,2	138,2	154,17	167,3	208,5	177,0	157,53	196,5	416,0	2001
	2005	132,3	140,7	136,33	163,6	210,8	119,1	161,36	192,6	273,4	2005
	2009	115,6	117,7	126,41	126,6	154,8	132,3	106,25	168,9	238,8	2009
	2010	100,5	97,5	109,95	132,8	132,1	108,1	90,58	121,6	233,1	2010

Показатель смертности детей в возрасте от 0 до 14 лет на 100 000 лиц данной возрастной группы так же имеет четкую тенденцию к уменьшению, причем в разных территориях ДФО эти показатели разнятся при сохранении общей тенденции к снижению. Наивысший показатель смертности детей данной возрастной группы в 2000–2010 гг. наблюдался в ЧАО, достигнув к 2010 г. уровня 233,1 на 100 000, а наименьший – 90,58 на 100 000 – в Сахалинской области.

Что же относительно причин смертности детей в этом возрасте, то основными являются т. н. неестественные причины, т. е. травмы, отравления, утопления, самоубийства, убийства и др., причем, чем старше становится ребенок, тем эти причины занимают в структуре все большее место (от 65 до 72 %).

У детей более старшей возрастной группы (подростки 15-17 лет) также наблюдается положительная динамика уровня смертности (рис. 49, табл. 45).

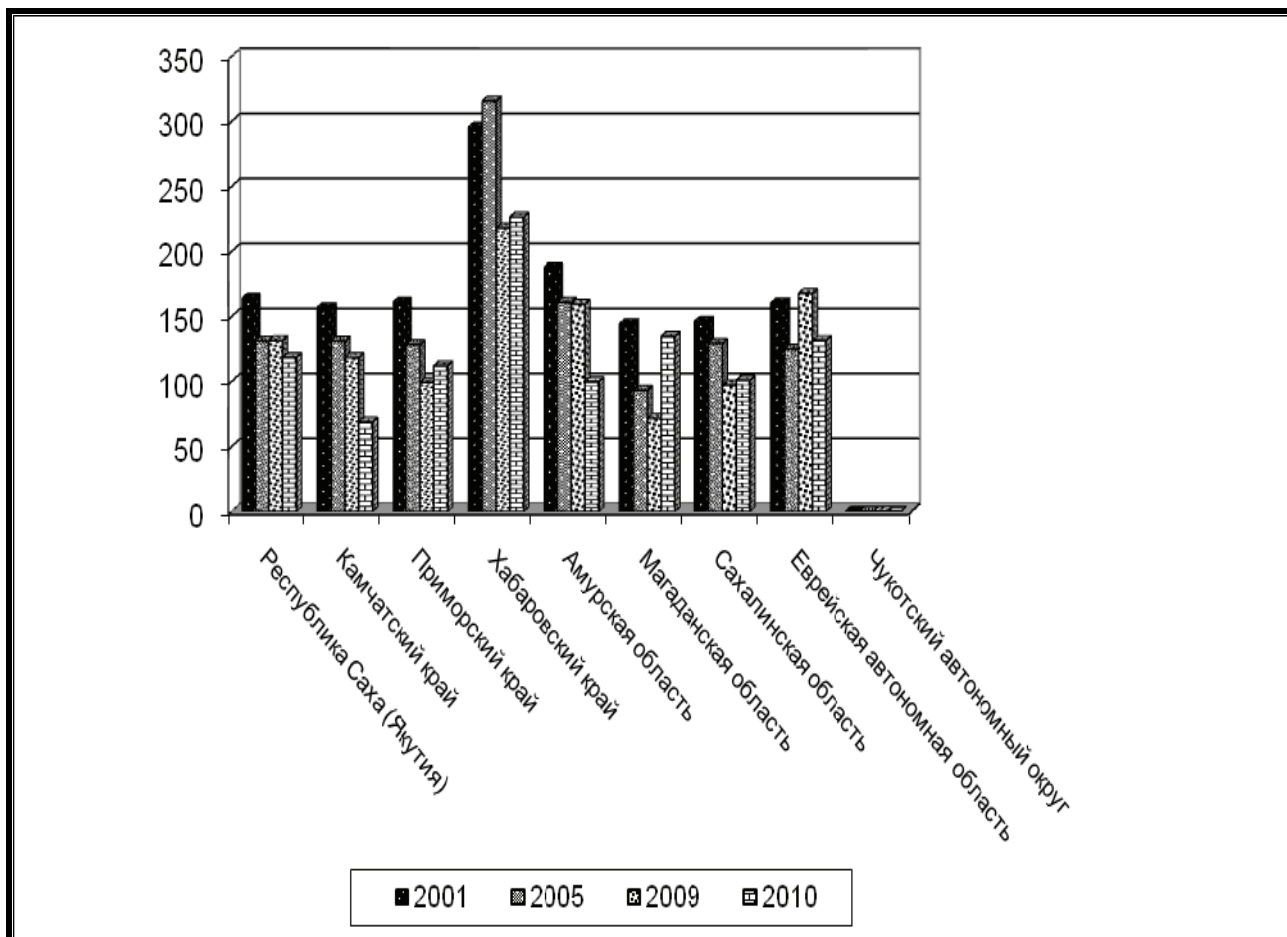


Рис. 49. Смертность подростков (15-17 лет) в субъектах ДФО РФ в 2001–2010 гг.

Самый высокий показатель смертности подростков в течение текущего десятилетия наблюдался в Хабаровском крае, причем ежегодно в данном субъекте РФ погибало более 100 подростков, а относительный показатель смертности подростков в 2010 г. в крае составил 226,3 на 100 000. Самый низкий в регионе показатель смертности подростков 68,6 на 100 000 в 2010 г. сформировался в Камчатском крае.

Для любой территории страны смертность населения подросткового возраста является актуальной социально-демографической проблемой, а ее тенденции являются объектом пристального изучения. В ДФО это, прежде всего, связано с устойчивостью сложившейся кризисной демографической ситуации, старением и уменьшением численности населения и его плотности.

Смертность подростков (15–17 лет) в субъектах РФ ДФО в 2001–2010 гг.

Территория	Год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	ЕАО	ЧАО
От всех причин (абс.)	2001	94	0	290	233	165	15	44	18	–
	2005	77	22	130	221	133	8	36	13	–
	2009	60	13	69	101	97	4	17	12	–
	2010	54	7	71	105	58	7	16	9	–
От всех причин (на 100 000 населения)	2001	163,8	156,6	160,97	295,3	187,6	144,2	145,98	160,1	–
	2005	131,1	130,9	128,15	315,5	160,9	93,0	129,17	124,7	–
	2009	131,4	118,2	99,16	217,7	159,3	71,4	97,05	167,5	–
	2010	118,3	68,6	111,87	226,3	99,7	134,6	100,73	131,4	–

Снижение показателя смертности подростков в 2001–2010 гг. было менее значительным, чем детей в возрастной групп от 0 до 14 лет. Среди причин смерти подростков ведущее место занимают внешние (травмы, отравления, самоубийства и др.) и онкологические заболевания. За последние годы значимыми причинами смерти подростков стали сосудистые поражения сердца и головного мозга и болезни органов дыхания.

5.3. Региональные аспекты политики в сфере охраны здоровья матери и ребенка

Демографическая проблема Дальнего Востока России была названа самой острой проблемой современного общества, а демографическая ситуация – «критической», что потребовало ответных шагов по трем направлениям: повышение рождаемости, снижение смертности, эффективная миграционная политика.

В соответствии с Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей» от 5 декабря 2006 г. № 207-ФЗ с 1 января 2007 г. увеличены пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 года, введены дифференцированные размеры пособия по уходу за первым и вторым ребенком, распространены права на пособие на неработающих женщин. Кроме того, введена частичная компенсация родительской платы за посещение ребенком дошкольного учреждения.

В соответствии с Федеральным законом «О бюджете фонда социального страхования Российской Федерации на 2007 год» от 19 декабря 2006 № 234-ФЗ увеличен максимальный размер пособия по беременности и родам с 15 тыс.

рублей до 16 125 рублей за полный календарный месяц. Фонд увеличил в 2007 г., а размер оплаты услуг, предусмотренных родовыми сертификатами – от 2 до 3 тыс. рублей для оплаты услуг женских консультаций, от 5 до 6 тыс. рублей для оплаты услуг роддомов и будет дополнительно оплачивать услуги в части диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в сумме 1 тыс. рублей за каждого ребенка. В соответствии с Федеральным законом «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ с 1 января 2007 г. введен государственный сертификат на материнский (семейный) капитал.

Такая крупномасштабная поддержка семьи с детьми, по мнению специалистов, стала отражением смены целевых ориентиров политики государства по отношению к семье. Этим Российское государство сегодня пытается принять на себя повышенные обязательства не только по правовому и финансово-экономическому обеспечению предлагаемых мер политики, но и в отношении поставленных задач – повышения рождаемости со всеми возможными социальными последствиями. К сожалению, изменить демографическую ситуацию коренным образом в ДФО пока не удастся, поскольку все вышеуказанные и будущие шаги Правительства РФ не учитывают истинных мотивов репродуктивного поведения семьи дальневосточников.

Еще в 1975 г. психологи М. Фишбейн и А. Айзен развили идею о многомерности установок, предложив теорию обоснованного действия (Fishbein M., Ajzen I., 1975): установка формирует поведенческое намерение, которое, в свою очередь, воплощается в действии. Если результат действия воспринимается как имеющий несколько характеристик, общая установка будет состоять из суммы отдельных эмоционально-оценочных реакций. Но установка – не произвольный набор оценок; для них характерна высокая согласованность.

Помимо установки на совершение действия влияет множество внешних факторов, ограничивающих или стимулирующих деятеля. А. Айзен и М. Фишбейн первыми встроили в модель ситуативные факторы, которые могут изменить воздействие установок на поведение. По мысли авторов подхода, важно оценить не столько реальный эффект этих факторов, сколько то, каким он представляется самому действующему; ведь в конечном счете человек принимает решение, опираясь именно на свои субъективные оценки ситуации. Первоначально в качестве такого опосредующего фактора было предложено учитывать ожидания «значимых других», а точнее, мнение респондента об ожиданиях представителей референтных групп.

Модель детерминант действия в теории планируемого действия по Айзену (Ajzen I., Fishbein M., 2005). Роль социально-психологических факторов в репродуктивных намерениях. Личные склонности и предпочтения; воздействия и ограничения среды и т.д. Установка. Норма. Контроль. Намерение Действие (рис. 50).

Исследователи выделяют два основных типа установок:

- обобщенные (общие) – относительно физических объектов, социальных групп, институтов, политических программ, событий и пр.;
- относительно определенного способа поведения.

Соответственно возможны два варианта расхождения фактического поведения и установок. С одной стороны – поведенческие установки, выражающие намерение действовать определенным образом, не реализуются на практике и с другой стороны – обобщенные установки отличаются от поведенческих. Тем не менее очевидно, что, например, спросив респондента о его намерениях завести ребенка, мы не можем быть полностью уверены ни в экзогенности его ответов, ни в том, что полученные оценки действительно выражают некие предрасположенности, существующие помимо нашего обследования, и, более того, что они являются причиной для формирования репродуктивного намерения.

Модель детерминант действия в теории планируемого действия по Айзену [Ajzen I., Fishbein M., 2005]

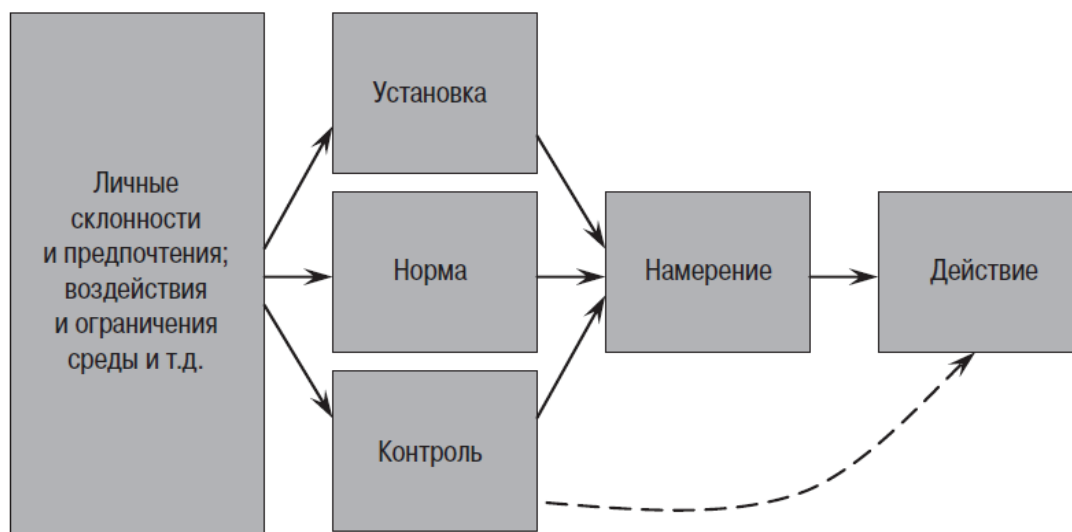


Рис. 50. Детерминанты действия репродуктивного поведения

Происшедшие в последние годы в регионе социально-экономические трансформации носят в большей мере разрушительный, чем конструктивный характер, причем в самых разных направлениях жизнедеятельности общества. За эти годы были разрушены партийно-бюрократическая государственная и региональная структура, планоно-регулируемая экономика и единое экономическое пространство. Большинство существующих семей дальневосточников не были готовы к столь радикальным переменам, поэтому процесс их адаптации к новым условиям проходит болезненно медленно и трудно. Но особенно сложно адаптировались к рыночным условиям молодые семьи, а также вероятные супруги.

Структура семьи дальневосточников – основной единицы поддержки и воспитания и детей, и взрослых быстро меняется. Начинают теряться широкие родственные связи и, следовательно, слабеют традиционные модели социаль-

ной поддержки семьи. Все больше женщин по экономическим мотивам занимаются наемным трудом, что позволяет в той или иной мере увеличить доходы семьи, но, в то же время, усиливает напряженность в семейных отношениях и взваливает на женщину дополнительную физическую и психологическую нагрузку.²⁷ Формируется тенденция к более коротким периодам замужества и увеличению числа разводов, что в конечном итоге ведет к распаду семей дальневосточников.

Несмотря на резкое снижение рождаемости в 1990-х годах, уже давно перекрыт тот минимум детских дошкольных учреждений, который обеспечивал их доступность для семей из категории социального риска, а плата за содержание детей в современных детских образовательных учреждениях (ДОУ) растет в «опережающем» режиме. Значительная часть муниципальных ДОУ или продана частным фирмам или перепрофилирована. На этом фоне система общего образования снимает с себя воспитательные функции, что только усугубляет ситуацию деградации части подрастающего поколения дальневосточников.

Формирующиеся тенденции отрицательно сказываются на поведении молодых людей в виде ранних и свободных сексуальных отношениях, распространению потребления табака, алкоголя и других наркотиков. Часть детей в разрушенных и асоциальных семьях уходит из дома, пополняя «социальное дно» общества. Это серьезный вызов государству и его службам медико-санитарной и социальной помощи, поскольку уже сегодня оно не в состоянии финансировать их нормальное функционирование, а уж тем более рост уровня их финансирования.

По нашим оценкам уже к началу 2002 года в территориях ДФО менее четверти населения смогли адаптироваться к изменившимся условиям жизни и сформировали новые модели своего социально-экономического поведения, что и сегодня позволяет им успешно действовать в экономической сфере с опорой на собственные возможности и ресурсы.²⁸ В то же время, примерно такая же часть населения весьма устойчиво превратилась в группу «аутсайдеров», которая не адаптирована и не сможет адаптироваться к рыночным условиям в силу индивидуальных особенностей личности (социальная пассивность, состояние здоровья, сформировавшийся менталитет и др.). В выше изложенном контексте население региона ранжировано по оси доходов следующим образом: богатые и очень богатые – менее 3 %; состоятельные (высокообеспеченные) – 7 %, среднеобеспеченные – 18 %; малообеспеченные – 25 %; бедные – более 45 %, в том числе «социальное дно» – 10 %.

Семьи дальневосточников, в состав которых входят дети, концентрируются в т.н. низко доходных группах населения. После 2000 г. у беднейших слоев населения среднедушевой денежный доход был в 3,4 раза ниже среднедушево-

²⁷ Дьяченко В.Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ/ [Текст] В.Г. Дьяченко, В.О. Щепин, Н.А. Капитоненко// – Владивосток, 2000. – 310 с.

²⁸ Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Здравосохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы. – Хабаровск, 2003. – 368 с.

го дохода в целом по региону и составил менее 50 % от величины прожиточного минимума. Следует отметить, что по мере роста числа детей в семье снижается уровень располагаемых ресурсов в среднем на одного члена семьи. Аналогичную закономерность имеют: валовой доход, денежный доход, стоимость в натуральном выражении дотаций и льгот. Таким образом, в ДФО в целом сформирована весьма неблагоприятная социально-экономическая ситуация для среднестатистической семьи, а существующие социальные дотации семье не покрывают реальных расходов на воспитание и обучение детей.

Можно с уверенностью сказать, что незнание и недооценка качественных изменений среднестатистической семьи в ДФО помешали региональным органам законодательной и исполнительной власти предвидеть многие негативные события и процессы, связанные с демографическим кризисом.

Политические и экономические процессы последних лет, связанные с реформированием здравоохранения в субъектах РФ ДФО, а тем более в муниципальных органах исполнительной власти носят более динамичный характер, чем на федеральном уровне. Органы исполнительной власти на местах вынуждены принимать организационно-управленческие решения, способствующие устойчивости функционирования системы охраны здоровья матери и ребенка, зачастую не всегда опирающиеся на федеральные нормативные акты. Они создают на уровне субъекта федерации нормативно-правовую основу реформы здравоохранения именно для этого субъекта федерации, принимая законы об охране здоровья населения в целом и его отдельных групп, в частности, об охране здоровья матери и ребенка. Эти действия не следует рассматривать как местный изоляционизм, поскольку это необходимая система мер по социальной защите подрастающего поколения. Кроме того, нужно иметь в виду, что происходящие в регионах процессы в значительной мере закономерны и совпадают с тенденциями, которые складывались в российской системе здравоохранения последние годы.

Примером этого является практика формирования регионального законодательства Республики Саха (Якутия), которая с 1990 годов формирует целую серию нормативно-правовых актов регионального уровня по семейной политике, охране здоровья детей и подростков, здоровом образе жизни и т.п. Отражением нормотворчества регионального уровня, политическая воля руководства исполнительной и законодательной власти республики, а так же целенаправленная политика по реформированию региональной системы здравоохранения дали определенные результаты в виде превышения уровня рождаемости над смертностью, положительный естественный прирост населения республики, а так же позитивные изменения показателей перинатальной и младенческой смертности.

Проблемы региональной политики охраны здоровья женщин и детей. В то же время процесс выработки региональной политики в сфере охраны здоровья семьи и ее членов сталкивается с двумя существенными проблемами (рис. 51).

Существенным обстоятельством является и то, что реформу службы ОЗ-МиР Дальнего Востока России сегодня приходится осуществлять в условиях, когда при значительном дефиците финансовых ресурсов требуется планировать сокращение объемов медицинской помощи в дорогостоящем стационарном секторе, ломая привычный для определенной части семей дальневосточников стереотип.

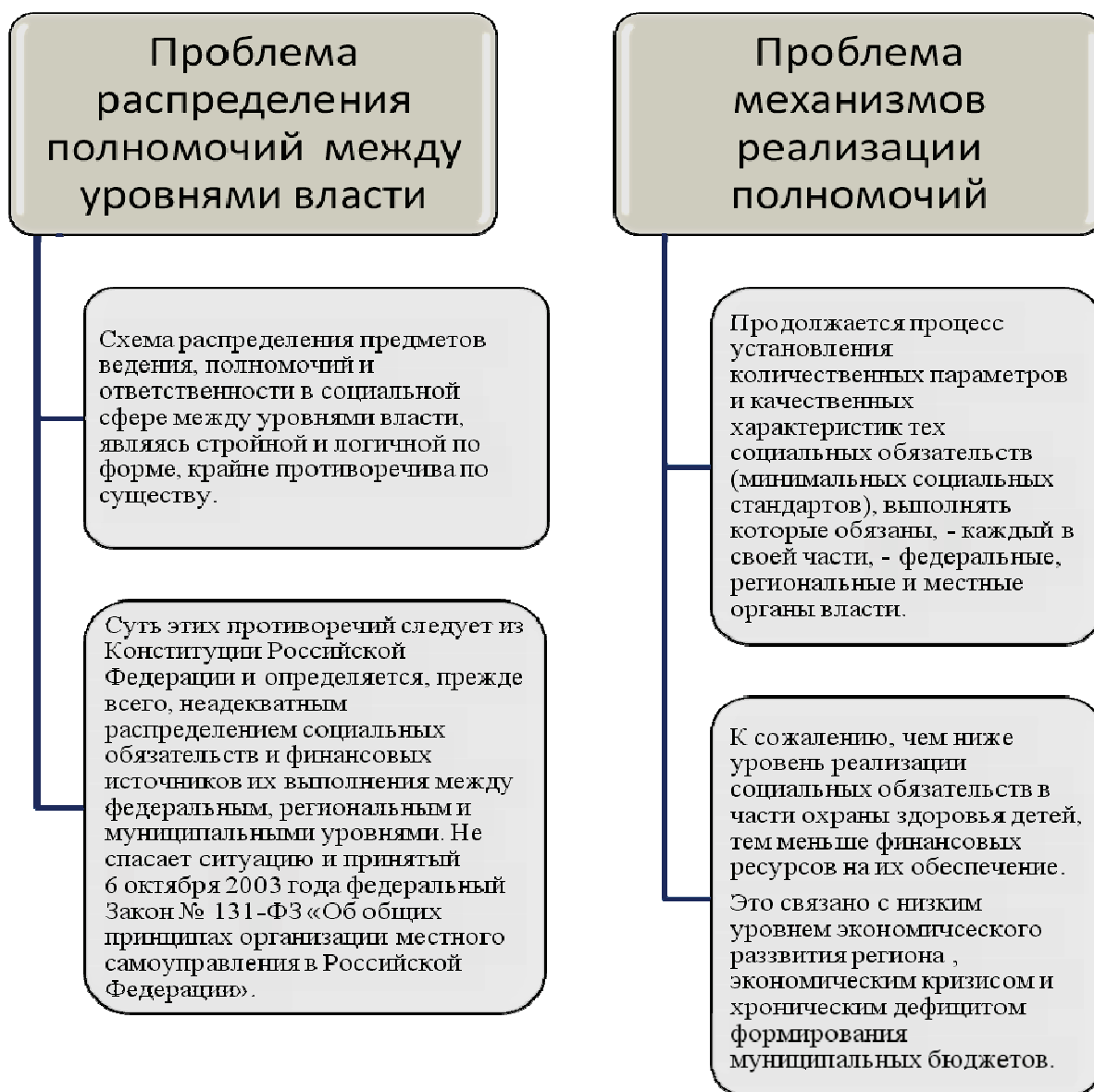


Рис. 51. Проблемы региональной политики охраны здоровья женщин и детей

Но параллельно с этими сокращениями необходимо решать проблемы социального плана на фоне значительного роста категорий семей, объективно нуждающихся в медико-социальной поддержке. В частности, к ним относятся семьи, где превалирует т. н. «неработающее население», это, в первую очередь, безработные, домохозяйки, дети и подростки. В реальной ситуации последнего десятилетия отечественные медицинские учреждения, в том чис-

ле и учреждения службы ОЗМиР недополучают финансовых ресурсов в объеме 30-40 % от минимального расчетного уровня, на что указал Президент РФ В.В. Путин в одном из своих посланий Федеральному Собранию РФ.

Реалии сегодняшнего дня и формирующиеся рыночные отношения требуют от органов власти научно обоснованной региональной политики в социальной сфере. Особенно это важно в организации медико-социальной помощи беременным женщинам, детям и подросткам, которая была бы адекватной характеру проводимых в России политических, социальных и экономических реформ, внедрения экономических принципов управления, направленных на достижение максимально возможных результатов деятельности при минимизации затрат. Сегодня же беременные женщины, дети и подростки дальневосточников находятся в роли «пациента», которому врач правильно и во время поставил диагноз, назначил лечение на уровне современных стандартов, предупредил о возможности возникновения осложнений от лечения, но не поинтересовался, имеются ли у него средства для приобретения назначенных лекарств.

В настоящее время, на фоне перехода России от унитарной к федеративной модели государственного устройства, очень важным является «распределение ролей», т. е. предметов ведения в социальной сфере между всеми уровнями власти, установления зоны самостоятельных и ответственных действий подкрепленных правами и обязательно, самое главное – соответствующими ресурсами в соответствии с принятым 6 октября 2003 года Федеральным законом № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».²⁹

Без реального ресурсного обеспечения, безусловного выполнения количественных и качественных параметров социальных обязательств (минимальных социальных стандартов) добиться хороших результатов в медицине очень трудно, особенно на муниципальном уровне. В рамках программы исполнения этого законодательного акта существует достаточно неясностей терминологического и понятийного плана, что постоянно вызывает формирование предложений по пролонгации сроков исполнения на 3-5 лет, некоторых его статей, в частности ст. 16 и 54.

О финансировании и информации. Сегодня существует колоссальный разрыв между огромными потребностями ДФО в качестве ресурсов здоровья населения и неспособностью социальных институтов трансформировать и привлекать полученные доходы в виде эффективных инвестиций в здоровье подрастающего поколения дальневосточников – будущие интеллектуальные и трудовые ресурсы региона.

В решении этой по-новому поставленной проблемы можно выделить четыре направления капитализации ресурсов здоровья.

²⁹ В ред. Федеральных законов от 19.06.2004 N 53-ФЗ, от 12.08.2004 № 99-ФЗ, от 28.12.2004 N 183-ФЗ, от 28.12.2004 № 186-ФЗ, от 29.12.2004 N 191-ФЗ, от 29.12.2004 № 199-ФЗ, от 18.04.2005 N 34-ФЗ, от 29.06.2005 № 69-ФЗ, с изм., внесенными федеральным законом от 30.12.2004 № 211-ФЗ)

- I. *Государственные инвестиции*, увеличение которых ведет за собой повышение налоговой нагрузки.
- II. *Корпоративные инвестиции* крупных компаний, получающих сверхдоходы от экспорта сырья региона.
- III. *Частные инвестиции* юридических лиц, мобилизуемые и распределяемые через банковский сектор.
- IV. *Самоинвестиции* населения в виде времени на физическую культуру и средств, затрачиваемых на лечебно-профилактические услуги, адекватное питание, экологию жилища, информацию о качестве ресурсов здоровья и др.

Денежная оценка ресурсов здоровья — это произведение натуральной оценки (kvit), прожиточного минимума/уровня (руб/\$) и дисконтирующего коэффициента, учитывающего удорожание ресурсов здоровья и удешевление денежной единицы. Тестирование (оценка) потенциала здоровья – процесс определения полезности результатов деятельности по поддержанию и развитию здоровья. Апробация этого инструментария была выполнена в 2003 году кандидатом экономических наук В.И. Кашиным на примере Хабаровского края.³⁰

При сохранении в регионе сформировавшейся продолжительности жизни (мужчины – 59 лет, женщины – 72 года) и «нездоровой» ориентации экономики была выполнена прогнозная оценка потерь ресурсов здоровья Хабаровского края к 2010 году. Если по прогнозу население региона к 2010 году уменьшится на 7,7 %, то ресурсы здоровья снизятся более чем на треть (36,1 %). Такое существенное уменьшение ресурсов здоровья обусловлено низким качеством здоровья трудоспособного населения (снижение на 33 %) и, особенно детского населения (снижение на 44 %).

К сожалению, прогнозы на 2010 г. В.И. Кашина оправдываются, а еще более пессимистичные прогнозы на 2011–2020 гг., уже не вызывают недоверия, как 10 лет назад, поскольку продолжительность жизни как мужчин, так и женщин за последнее десятилетие не увеличилась в значительной мере, а процессы роста заболеваемости и инвалидности у детей и молодежи весьма стабильны, как и значительное снижение числа последних в структуре населения региона.

Казалось бы, что при таких пессимистичных прогнозах система охраны здоровья женщин и детей должна работать все более эффективно, устраняя структурные диспропорции, накопленные в предыдущие годы, считая каждый рубль под лозунгом: «Достижение максимальных результатов при минимальных затратах». Однако сегодняшняя действительность демонстрирует иное. Это, прежде всего, сохраняющиеся структурные диспропорции службы ОЗМиР, сформированные в прошедшие десятилетия в виде развертывания значительного коечного фонда, необоснованные длительные сроки стационарного лечения женщин и детей, чрезмерная специализация медицинской помощи даже там,

³⁰ Кашин В.И. Модернизация российской экономики с позиций ее ориентации на здоровье. IV Международная конференция «Модернизация экономики России: социальный контекст». Москва. 2–4 апреля 2003 года. – С. 9.

где требуется только врач общей практики и т. п.³¹ В качестве примера можно привести огромный уровень инвестиций (несколько десятков миллионов долларов США) в строительство, оснащение современными технологическим оборудованием, подготовку кадров в передовых зарубежных и отечественных клиниках в течение последних 10-ти лет в Хабаровский краевой перинатальный центр. На текущее его содержание ежегодно расходуется около 15 % ресурсов всей службы ОЗМиР региона. Однако на показателях состояния здоровья женщин и детей региона это не отразилось. Так, по итогам 2008 года уровень материнской смертности в Хабаровском крае в два с лишним раза превышал среднероссийские показатели, тенденции роста уровня заболеваемости новорожденных и детей раннего возраста сохраняются, продолжается рост инвалидизации детей.³² Следует отметить, что и перинатальная патология как причина формирования патологических состояний, приводящих к инвалидности детей, занимает далеко не последнее место в Хабаровском крае.

О приоритетах управления. Сегодня после реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации в здравоохранении ДФО (2011–2012 гг.) по обеспечению доступности медицинских услуг для беременных женщин и широких слоев детского населения сделано много, но предстоит сделать еще больше. Прежде всего, необходимо перейти от разговоров, теоретических споров, проведения многочисленных совещаний и научных конференций по вопросу организации первичной медико-санитарной помощи женщинам и детям, особенно в отдаленных северных и сельских районах региона к реальной организации сети учреждений, где главным действующим лицом будет врач общей (семейной) практики, к реальным шагам. К сожалению, в регионе продолжают процессы формирования «кадрового голода», особенно в ЛПУ отдаленных северных и сельских районов, складывается впечатление, что процессом управления подготовки кадров для службы ОЗМиР никто не занимается. На «кадровый голод» ЛПУ накладывается тяжелое, иногда бедственное положение молодой семьи, воспитывающей детей, что сопровождается значительным снижением качества жизни в этих семьях, высоким показателем абортов и патологически протекающей беременности.

С этой точки зрения в 2013–2025 гг. придется формировать стабильный уровень роста инвестиций в социальную поддержку молодой семьи и подрастающее поколение, если руководители государства планируют экономическое развитие региона на основе использования отечественных трудовых ресурсов и связывают будущее Дальнего Востока с Россией. В противном случае, остается только надеяться на ввоз трудовых ресурсов из-за рубежа, что ставит под сомнение развитие производств на основе высоких технологий, поскольку ввозимые трудовые ресурсы (Китай, Северная Корея, Вьетнам и др.) реально можно

³¹ Худолеева О.Б. Медико-социальная оценка оптимизации ресурсов здравоохранения в условиях реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи населению Дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение. Хабаровск, 2004. – 176 с.

³² Чепель Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика детской инвалидности на Дальнем Востоке России. – 2009. – 49 с.

использовать в сельском хозяйстве, добыче полезных ископаемых, лесоразработках, рыбодобывающей и рыбообрабатывающей отраслях и т. п. Что же относительно будущего инновационного развития региона и сохранения его в составе России, то перспективы этого будущего весьма туманны...

Таким образом, неоспоримым приоритетом в деятельности как медицинских работников, так и российского общества в целом, сегодня должны стать скорейшие и радикальные улучшения социального уровня дальневосточной семьи, а также приумножение состояния физического, психического и социального здоровья молодежи, детей и подростков Дальнего Востока России. Эти процессы должны сопровождаться значительными, опережающими инвестициями в жилищное строительство, образование и здравоохранение, и в целом в человеческий капитал региона.

Кроме того, качественная и доступная информация для общества о результатах медицинского обслуживания детей, наряду с последовательным и разумным поведением потребителей услуг являются неотъемлемыми элементами эффективного рынка, но только этого недостаточно для существенного повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи женщинам и детям. Для повышения эффективности и действенности рынка при производстве медицинских услуг подрастающему поколению – будущим трудовым ресурсам региона, необходимо также иметь стремление структурных элементов службы ОЗМиР к повышению этих показателей.

Конечно, если рынок производства медицинских услуг женщинам и детям уже заполнен и ответственные производители работают в оптимальной системе, информация и последовательная политика потребителей (семья, родители) могут дать многое. Если же производитель не способен к движению вперед, тогда имеющаяся информация о доступности и качестве медицинских услуг для потребителей может стимулировать только рост маркетинга, но не улучшение показателей здоровья. В реальной ситуации дальневосточники концентрируют свое внимание только на информации о доступности и качестве услуг, отвергая необходимость реформирования ЛПУ службы ОЗМиР.

Многие специалисты по управлению здравоохранением в России считают, что акцент на высокий уровень информирования населения о недостатках системы оказания медицинской помощи женщинам и детям, экспертные оценки и рациональное потребление ресурсов в ЛПУ, несмотря на существенный сдвиг в сторону формирования стратегии повышения качества и эффективности, не дает ожидаемого эффекта. Поскольку в дополнение к этому пути необходима реализация энергичной программы по управлению качеством и эффективностью производства услуг в ЛПУ службы ОЗМиР. Для реализации процесса управления ЛПУ необходимы кадры специалистов-менеджеров с подготовкой разностороннего плана как в вопросах медицины, так и в вопросах экономики, менеджмента, права, маркетинга и др., а таких специалистов, особенно в региональной службе охраны здоровья женщин и детей просто нет.

ЛПУ службы ОЗМиР, в которых оказывается медицинская помощь женщинам и детям, должны возглавить профессионалы. Такой руководитель дол-

жен ясно представлять, что современные медицинские технологии являются сложной системой, предполагающей взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур. Правильно организовать взаимодействие этих элементов и процессов наиболее трудная, но вместе с тем и главная задача в системе организации медицинской помощи женщинам и детям. Стремление производителей к обеспечению высокого качества медицинских услуг можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства услуг высокого уровня доступности, качества и безопасности будут сосуществовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов, а не на стимулировании «экономии» на здоровье подрастающего поколения.

Направления стратегии. Решения в области социальных проблем охраны здоровья женщин и детей региона должны приниматься с участием общественности. Необходимо открыть сообществу дальневосточников информацию «для служебного пользования» о качестве, доступности и безопасности медицинской помощи женщинам и детям, об уровне госпитальной летальности в учреждениях детства и родовспоможения, об уровне смертности детей на дому, случаях профессиональных преступлений медицинских работников, о реальной заработной плате руководителей ЛПУ службы ОЗМиР и ее соотношения с уровнем оплаты труда врачей и медицинских сестер и др. Сегодня необходим системный анализ эффективности использования инвестиций в модернизацию ЛПУ службы ОЗМиР 2011–2012 гг. и соответствующие управленческие решения.

В этой связи, региональная стратегия охраны здоровья женщин и детей, по нашему мнению, должна строиться на нескольких основных направлениях. В частности – это охрана здоровья матери и новорожденного, обеспечение сбалансированного полноценного питания, эффективная борьба с инфекционными болезнями, травмами и насилием, снижение отрицательного влияния факторов окружающей среды, формирование сбалансированной политики охраны здоровья, а также сохранение и приумножение параметров физического, психосоциального и психического развития подрастающего поколения (рис. 52).

Межсекторальная координация стратегии. Проблема здоровья женщин и детей носит многосторонний характер и нередко определяется факторами, выходящими за рамки отрасли здравоохранения. Хотя сектор здравоохранения играет главную роль как в непосредственном предоставлении помощи, так и в координации межсекторальной деятельности, успех не может быть достигнут только усилиями медицинских работников. К сожалению, привести примеры действий других секторов, которые могут и должны оказывать благоприятное воздействие на здоровье матери и ребенка в условиях экономического кризиса, задача весьма сложная.

В то же время имеется достаточно много сообщений в средствах массовой информации и различных официальных отчетах «о проделанной работе», однако результаты в виде атрибутов здоровья беременных женщин, детей и подростков печальны – показатели здоровья продолжают ухудшаться. Конечно,

сегодня все понимают, что при восстановлении межсекторальной координации эффективность деятельности управляющих структур по охране здоровья будет значительно выше.



Рис. 52. Основные направления стратегии охраны здоровья матери и ребенка в ДФО

В чем же заключается межсекторальная координация? В реальной жизни имеется четко очерченные секторы, которые в силу своего статуса и положения, действуя от имени государства или общества, обязаны осуществлять свой вклад в здоровье подрастающего поколения (табл. 46). Как правило, потребность в сотрудничестве и взаимодействии выходит за рамки структурированных секторов.

Таблица 46

Межсекторальное взаимодействие в рамках охраны здоровья подрастающего поколения

Сектор	Возможный вклад
Экономика и финансы	финансовая политика – налогообложение и субсидии перераспределение государственных ресурсов
Образование (школы)	разработка учебных программ школьная среда предоставление услуг вне школьной программы, ориентированных на детей и подростков предоставление питания в школе
Добровольные организации	физическая активность спорт проведение досуга целенаправленного характера
Средства массовой информации	повышение уровня информированности участие общественности в анализе информации рекомендации и информация подотчетность лиц, принимающих решения
Социальное обеспечение	психосоциальная поддержка адресные пособия жилищные нормы бытовая безопасность
Закон и правосудие	защита матери и ребенка обеспечение безопасной среды обитания поддержка семьи
Окружающая среда	нормы и стандарты в отношении антропогенной среды городское планирование нормы водоснабжения и санитарии экологический мониторинг
Сельское хозяйство и Пищевая промышленность	первичное производство пищевые стандарты и состав продуктов питания промышленность обогащение пищевых продуктов и добавки маркетинг политика ценообразования обучение потребителей
Транспорт	дорожное строительство характеристики транспортных средств нормы безопасности

Например, за последнее десятилетие произошло стремительное развитие сектора телекоммуникации и информатики. Молодые люди в настоящее время

не только подвергаются воздействию большого объема информации и зрительных образов, но и нередко являются объектом целенаправленного воздействия. Средства массовой информации могут действовать как во благо, так и во вред; к сожалению, нередко имеет место последнее.

В реальной ситуации практически по всем, за редким исключением (канал «Культура») отечественным телевизионным каналам в течение длительного времени насаждается идеология насилия, обмана, свободы сексуальных отношений, неизбежности войн, неверие в позитивное развитие России и т. п. Честный труд на благо общества, семейные ценности, национальная идея, уважение к истории российского государства, почтение к старшему поколению – эти и подобные темы почти исчезли с экранов отечественных телеканалов.

А ведь средства массовой коммуникации оказывают значительное отрицательное воздействие на ценности, установки и убеждения подрастающего поколения, в частности на стремление к здоровому образу жизни. В реальной ситуации отечественные и региональные средства массовой информации редко отражают общественное мнение, а также общественный настрой, побуждающий к позитивным изменениям. Несмотря на это, отдельные медицинские работники и сектор здравоохранения в целом обязаны активно противодействовать отрицательному влиянию средств массовой информации на детей и подростков.

К сожалению, медицинские работники и отечественная медицина многие годы вынуждены тратить огромные усилия на восстановление межсекторального сотрудничества и позитивного взаимодействия с другими секторами, доказывая очевидные вещи – без здоровых детей и молодежи нет будущего у Российского государства, а уж тем более у таких отдаленных провинций, как Дальний Восток.

Пространственное неравенство регионов России велико. Опыт стран ЕС показывает, что добиться выравнивания с помощью стимулирования экономического развития отстающих регионов не получается. Бизнес все равно выбирает территории с конкурентными преимуществами – эффектом масштаба (агломерации), меньшим экономическим расстоянием (выгодное местоположение), лучшими институтами, снижающими барьеры развития, более высоким уровнем человеческого капитала.

Региональная политика любой страны должна включать два вектора – выравнивающий и стимулирующий развитие. В России почти весь период вхождения в рынок доминировал первый, поскольку на стимулирующую политику просто не хватало ресурсов и политической воли. Сейчас на первый план выходит именно стимулирование развития. И в этом отношении улучшение инвестиционного климата на Дальнем Востоке России будет носить именно стимулирующий характер.

При определении региональной политики необходимо трезвое понимание «коридора возможностей». Депопуляция, стягивание населения в обжитые регионы и крупнейшие агломерации, нехватка человеческих и финансовых ресурсов для экстенсивного, освоенческого типа пространственного развития застав-

ляют жестко фокусировать приоритеты. По нашему мнению приоритетом стимулирующего периода должна стать политика по укреплению семьи, и беспрецедентный рост государственных инвестиций в человеческий капитал, в частности в охрану здоровья женщин и детей.

Решающее значение для реализации способности каждой семьи поддерживать и улучшать состояние здоровья является уровень бедности, образования, безработицы и материальных условий жизни. Наименее обеспеченные семьи нуждаются в наибольшей поддержке. Любые инвестиции в улучшение жилищных условий, создание больших возможностей для образования или улучшение питания будут способствовать расширению жизненных возможностей детей из бедных семей. Объединение усилий государственной и региональной власти, бизнеса станут решающим фактором формирования собственных трудовых ресурсов Дальнего Востока России.

У нас в России все так быстро
меняется, что не меняется ни-
чего...

Неизвестный депутат

Глава 6

Структура и ресурсная база лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения территорий Дальневосточного федерального округа

Сдерживающими факторами реализации экономического потенциала Дальнего Востока России являются его экономическая и инфраструктурная изоляция от остальной части государства и наиболее развитых российских рынков. Причем это сочетается с низким уровнем внутренней транспортной связи территории, ее огромными размерами, очаговым характером расселения с низкой плотностью населения, специфичностью условий ведения сельского хозяйства, высокой затратностью любого производства, дотационностью и сезонностью обеспечения завоза грузов для арктических и северных территорий провинции. Незрелая энергетическая и транспортная инфраструктура прямо или косвенно продолжает оставаться основным ограничителем осуществления любых видов деятельности, причиной низкой конкурентоспособности произведенных продукции, товаров и услуг.

Реальное противодействие потенциальной угрозе потере Дальнего Востока как составляющей единого государства может оказать лишь особая региональная стратегия комплексного социально-экономического развития. Ее основой должна стать стратегия, ориентированная на ускоренный рост экономического потенциала и реализацию интересов России в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Для этого необходимо закрепление и приумножение постоянного населения путем формирования комфортной среды обитания, оптимизации системы расселения и обеспечение высокого уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи дальневосточникам.

Все периоды освоения Дальнего Востока, независимо от политического строя государства, и тем более с момента начала реформ 1990-х годов, экономическая политика представлялась в виде поддержки комплексного развития промышленности региона в сочетании с сохранением режима закрытости значительной части его территории. Это выражалось в социальном, политическом и инвестиционном протекционизме, который способствовал динамичному росту численности населения, улучшению демографических показателей и развитию социальной инфраструктуры Дальнего Востока России (Пригорнев В.Б. и соавт., 2003; Олесов А.Е., 2009). Однако развитие социальной инфраструктуры всегда сочеталось с ее отставанием от промышленности. Регион характеризо-

вался отставанием в количестве и качестве жилья, инфраструктуры, учреждений культуры, здравоохранения и образования, что снижало уровень доступности для дальневосточников услуг, производимых в этих отраслях народного хозяйства.

Кроме того, на инфраструктурные недостатки накладывались проблемы особенностей биогеохимической провинции, которые выражались в недостатке в окружающей среде важнейших микроэлементов, таких как йод, фтор, селен, а также циркуляцию возбудителей различных инфекций (клещевого энцефалита, клещевого сыпного тифа, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, боррелиоза, псевдотуберкулеза и др.). В конечном итоге этот весьма сложный комплекс сочетания дефектов инфраструктурных факторов с факторами внешней среды отрицательно отражался на здоровья населения региона. Политика охраны здоровья дальневосточников на всех этапах развития наталкивалась на недостаток ресурсов, в первую очередь, финансовых, что снижало уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи жителям.

Следует отметить, что экономически развитые страны мира в последние годы решают аналогичные задачи (Дьяченко В.Г., 2007; McKee M., Healy J., 2001). Перечень их невелик – обеспечение доступности к медицинским услугам для всех граждан, улучшение здоровья населения, эффективное использование средств здравоохранения, высокое качество медицинских услуг, отзывчивость властных структур на нужды пациентов (Edwards N., McKee M., 2002; Healy J., McKee M., 2002). С этой формулировкой основных задач согласны представители большинства политических партий России, она неоднократно – иногда с теми или иными вариациями – звучала в ходе избирательных кампаний последнего десятилетия (McKee M., Healy J., eds., 2002; Litvak N., eds., 2008).

6.1. Некоторые характеристики современного этапа развития системы здравоохранения

Сегодняшняя система здравоохранения Дальнего Востока России – это, прежде всего, совокупность государственных органов, организаций и отдельных лиц, а также скоординированная модель взаимоотношений политических, законодательных, экономических, медицинских и социальных мероприятий, направленных на обеспечение прав жителей региона на охрану здоровья, и получение адекватной медицинской помощи. Однако этот консенсус существует чаще всего на уровне абстрактных политических рассуждений (Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., 2011; Suzuki D., 2002). Стоит руководителям регионов сделать попытку на пути совершенствования системы охраны здоровья населения, как тут же появляются еще более важные проблемы, например в сфере энергетики, транспорта, сельского хозяйства и т. п., и проблемы здоровья становятся второстепенной задачей, что незамедлительно снижает уровень инвестиций в здравоохранение.

Экономический кризис последних лет вызывает ответные реакции органов управления различного уровня. В частности, планируется усилить ответст-

венность регионов за социальные расходы параллельно с коррекцией законодательства в виде реализации Закона РФ № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Этот закон, в частности, призван перевести в разряд автономных организаций часть лечебно-профилактических учреждений, которые получают право заниматься приносящей доход деятельностью с поступлением этих доходов в их самостоятельное распоряжение. Что это может означать на практике?

Прежде всего, значительную коммерциализацию деятельности ЛПУ, нарастание платности медицинской помощи, при условии выполнения гарантированного минимума. Неоднозначность нововведений состоит в том, что в обмен на увеличение уровня самостоятельности ЛПУ могут быть лишены гарантированных бюджетных поступлений. Теперь они будут зависеть от объема государственного (муниципального) задания. Это задание, означающее необходимый минимум работы, которую учреждение должно выполнить за счет ОМС и бюджетных средств. В этой связи возникают риски для ЛПУ в малонаселенных территориях Дальнего Востока, в виде значительного снижения объема задания, от размера которого напрямую зависит объем финансирования (Дьяченко В.Г., 2007). Поскольку выполнить объем задания в связи с низкой плотностью населения и отсутствием транспортных связей будет чрезвычайно сложно, а оказать платные услуги практически некому, в связи с повальным обнищанием жителей сельских и отдаленных северных территорий, то риски по ликвидации части ЛПУ усилятся. Таким образом, Правительство РФ, провозглашая курс на эффективность (урезание) бюджетных расходов, ставит в сложное положение провинциальное здравоохранение.

Отечественное здравоохранение представляет собой критически важную жизнеобеспечивающую систему общества. Ухудшение доступности и качества медицинской помощи сразу же приводит к снижению продолжительности жизни большинства россиян, живущих в провинциальных регионах страны. В настоящее время на Дальнем Востоке России сложилась кризисная ситуация. Налицо деградация экономики, деморализация населения, упадок культуры, рост экстремистских и упадочных настроений. На этом фоне состояние региональной медицины определяет ту критическую массу, превышение которой может вызвать очередной обвал миграции населения постоянно в течение двух-трех поколений, проживающих на Дальнем Востоке.

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности. В ходе проводимой реформы, современная система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база для реформы здравоохранения, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского об-

служивания и управления здравоохранением; реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения.

Несмотря на это, функционирование системы здравоохранения сталкивается с определенными трудностями: снижением доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; ростом смертности и отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для большей части населения, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли.

На состояние системы здравоохранения оказывает влияние отсутствие четкой и последовательной, должным образом подкрепленной в правовом, организационном и финансовом отношении государственной политики в области охраны здоровья граждан. Однако национальная система управления здравоохранением в настоящее время находится в критическом состоянии, а ее деятельность – одна из самых наболевших проблем российского государства. Длительный период в стране не были определены приоритетные цели в области здравоохранения, стала разрушаться система профилактической медицины, а важнейшие преобразования в отрасли здравоохранения осуществляются без консультаций со специалистами. Кроме того, в процессе реализации реформы здравоохранения обнаружились недостатки в деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ, вызванные неэффективным сочетанием функций двух ранее самостоятельных государственных органов управления: Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального развития.

Развитие систем управления здравоохранением осложняется отсутствием достоверной, адекватной оперативной информации о состоянии и динамике основных фондов медицинских учреждений. При формировании моделей ресурсного обеспечения систем здравоохранения необходимо учитывать многие факторы. В их числе здоровье населения как доминирующий фактор, социально-экономические и климатогеографические различия регионов, территориальные особенности сложившихся систем организации медицинской помощи (Шамшурин Н.Г., 2005).

В здравоохранении, как правило, анализ деятельности ЛПУ характеризует экстенсивный путь развития и методологически не связан с медицинскими технологиями, стандартизованными результатами медицинской и экономической деятельности. Технология комплексного структурного анализа деятельности учреждений здравоохранения и их ресурсного обеспечения необходима для решения задач повышения медицинской, социальной и экономической эффективности отрасли. Для того, чтобы целостно охарактеризовать состояние отрас-

ли здравоохранения, следует определить основные показатели, которые на количественной и объективной основе характеризуют его.

Несколько десятилетий назад японский хирург Т. Исикава предложил для характеристики состояния здравоохранения модель «4 М» (рис. 53). Согласно этой модели, состояние здравоохранения может быть охарактеризовано по следующим направлениям.

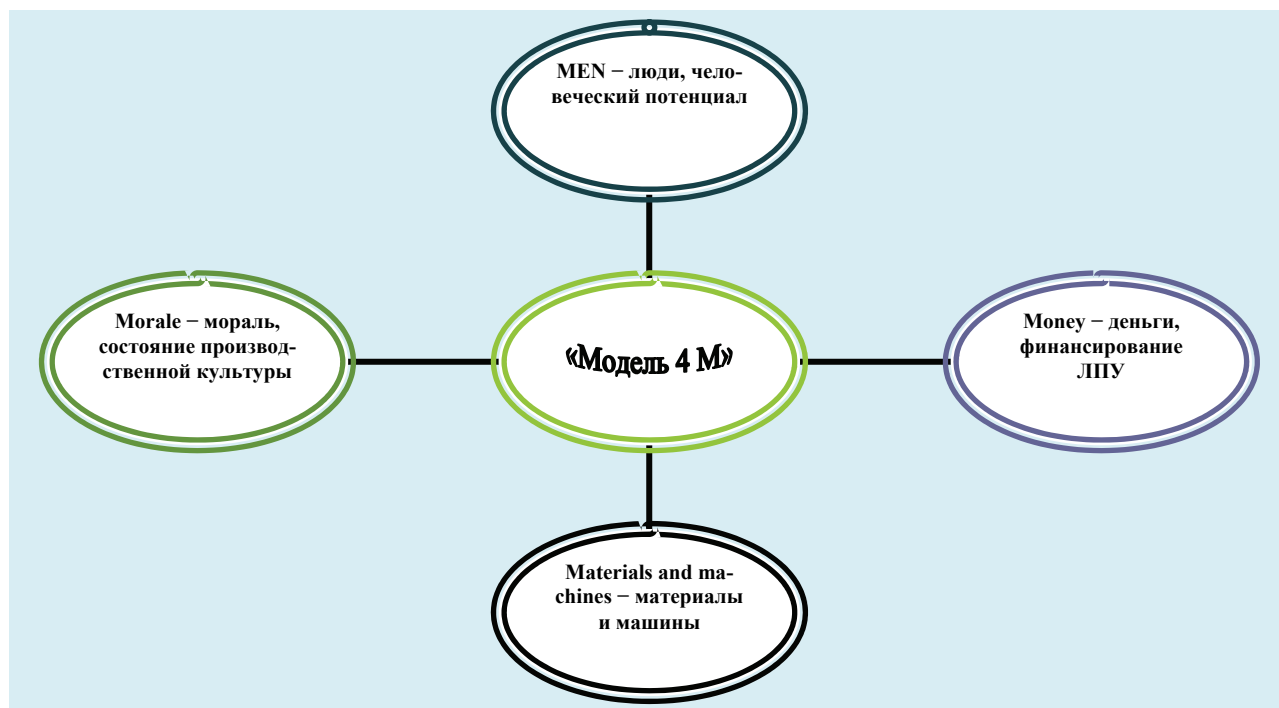


Рис. 53. Модель оценки состояния здравоохранения Т. Исикавы

В рамках контекста публикаций ВОЗ, как правило, рассматривается последовательно состояние этих четырех составляющих – факторов лимитирующих доступность, качество и безопасность медицинской помощи.¹ С точки зрения рассматриваемой модели производства медицинских услуг, по нашему мнению, следует рассматривать структурный компонент системы здравоохранения, начиная с численного состава медицинских учреждений государства и его регионов.

Рыночная реформа отечественного здравоохранения, реализовать которую изначально планировалось с 1997 по 2005 гг., уже на первых этапах встретила подпольное сопротивление и многочисленную критику со стороны представителей медицинской отрасли. И хотя, по мнению инициаторов данной реформы, предполагаемые преобразования должны были вывести здравоохранение России на новый качественный уровень, значительная часть медицинских работников отнеслась к оптимизму разработчиков реформы весьма скептически. Основные их опасения концентрировались на том, что данная реформа

¹ European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe. Updated: January 2010. Internet URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

может не только привести к массовым сокращениям в отрасли, но и ухудшить состояние отечественной медицины в целом. Кроме того, медицинские работники сомневались, что у государства будет достаточно ресурсов для проведения таких масштабных перемен.

В последующие годы, поскольку на предыдущую реформу не нашлось финансовых ресурсов, началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» с определенным уровнем финансового сопровождения, однако в рамках реформирования шаг за шагом проводилась реализация тех опасений, о которых говорили в свое время представители медицинской отрасли. Повсеместно сокращалось число медицинских учреждений (табл. 47).²

Таблица 47

Число больничных учреждений в Российской Федерации в 2004–2009 гг.

Год \ Регион	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Соотношение 2009 к 2004 г. (в %)
РФ	9 847	9 479	7 478	6 777	6 545	6 454	65,54
Центральный ФО	2 137	2 076	1 821	1 651	1 551	1 556	72,81
С.-Западный ФО	862	821	677	642	614	608	70,53
Южный ФО	1 301	1 297	1 010	926	933	941	72,32
Приволжский ФО	2 252	2 081	1 585	1 415	1 374	1 345	59,72
Уральский ФО	690	678	613	608	599	570	82,60
Сибирский ФО	1 770	1 696	1 251	1 059	1 041	1 001	56,55
Дальневосточный ФО	835	830	521	476	433	433	51,81

Из данных таблицы 48 следует, что самое значительное сокращение числа больничных учреждений (48,2 %) произошло на Дальнем Востоке России, что не находит объяснения с точки зрения миграционных процессов, поскольку самый высокий уровень оттока населения наблюдался в территориях ДФО с 1991 по 2002 гг., затем интенсивность миграционных процессов значительно снизилась, но число ЛПУ продолжало планомерно сокращаться.

Во многих странах мира, как и в России, принимались решения по сокращению числа больниц и больничных коек. Некоторым из них удалось добиться успехов благодаря устойчивым инвестициям в альтернативные лечебно-профилактические учреждения, но в некоторых странах эти «успехи» зашли настолько далеко, что теперь там не хватает коек, вследствие чего растут очереди больных, нуждающихся в госпитализации, и возникают трудности с госпитализацией больных в экстренных случаях. Другим странам сокращение числа больничных коек дается труднее, особенно в тех случаях, когда собственниками больниц выступают несколько разных организаций. Некоторые страны Цен-

² Единая межведомственная информационно-статистическая система. <http://fedstat.ru>.

тральной и Восточной Европы столкнулись с проблемами, когда попытались осуществить реформы без приведения своей политики в полное соответствие с существующими у них конкретными социально-экономическими условиями, имеющимися людскими ресурсами и интересами различных заинтересованных сторон. Следовательно, это процесс достаточно сложный, трудоемкий, требующий предварительной проработки и обоснования (McKee M., 2003).

По обеспеченности населения больничными койками Россию опережает лишь Япония. Однако проблемы со здоровьем нашего населения так глубоки, так обширны и разнообразны, что достичь показателей развитых стран по уровню заболеваемости и смертности, даже с таким числом больничных коек, пока не удастся. Здравый смысл подсказывает, что сокращение количества больниц может быть вызвано либо снижением заболеваемости, либо сокращением численности населения. Заболеваемость в России за последние годы не снизилась, а, наоборот, повысилась. То есть ежегодное число больных с диагнозом, установленным впервые в жизни с 1990 по 2010 гг., заметно увеличивается, более чем на 2 % за год. Сокращение же численности населения происходит медленнее, чем сокращение числа больничных коек. Таким образом, число больничных коек в России с 2 037,9 тыс. в 1990 г. уменьшилось до 1 373,4 тыс. в 2009 г., т. е. до 67,4 % от исходного уровня (табл. 48).

Структура коечного фонда также претерпела изменения, число онкологических и неврологических коек увеличилось, соответственно до 108,33 и 101,21 % от исходного уровня, остальные профили коечного фонда претерпели сокращение. Наибольшему сокращению были подвергнуты койки общего профиля (до 16,66 %), наркологические (до 35,61 %), дермато-венерологические (до 48,57 %) и инфекционные (до 53,23 %). Остальные профили коек также подвергались сокращению, однако степень сокращений была ниже.

Сохранение и укрепление традиционной стройной российской структуры здравоохранения, основанной на этапности оказания медицинской помощи, признавалось на словах. Поэтому на фоне сокращения числа больничных учреждений весьма интенсивно сокращались (закрывались) и амбулаторно-поликлинические учреждения.

Только с 1992 по 2009 гг. число отечественных амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) уменьшилось на 5 355 единиц (табл. 49).

Декларации о том, что расчет потребности и организация сети амбулаторно-поликлинических учреждений, межрайонных диагностических центров и отделений учитывает необходимость приближения медицинской помощи к населению так и остаются декларациями, поскольку реальная информация о значительном сокращении числа АПУ и уровень удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи говорит о противоположном.

Динамика числа больничных коек в России в 1985–2009 гг.
(тысяч единиц)

Больничные койки	1985	1990	1996	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Соотношение 2009 к 1990 г. (в %)
Всего	1 937,9	2 037,6	1 812,7	1 596,6	1 600,7	1 575,4	1 553,6	1 522,1	1 398,5	1 373,4	67,40
Терапевтические	439,1	475,6	444,2	345	340,4	329,7	326,1	320,7	251,8	304,7	64,01
Хирургические	290,3	318,6	323,5	288,1	285	279,7	278,1	273,8	265,3	262,7	82,38
Онкологические	33,3	36,7	37,9	38,3	38,1	38,3	38,9	39,2	39,3	39,3	108,33
Гинекологические	116,7	122,4	109,4	84,6	82,3	81,7	79,1	76,7	72,9	71,1	58,19
Туберкулезные	105	98,3	88,6	84,8	84,6	84,3	84,5	84,9	84,1	84,9	85,71
Инфекционные	140,3	139,9	119,7	91,3	88	84,6	81,7	79,1	74,1	74	53,23
Офтальмологические	26,2	28,1	31,1	27	26,6	26,3	26,2	26	25,7	26,5	92,85
Отоларингологические	26,3	29	32,9	25,8	25,2	24,5	23,7	23,3	21,7	21	72,41
Дермато-венерологические	37,7	35,1	33	23,4	22,4	21,6	20,5	19,9	18	17,2	48,57
Для психических больных	192	200,6	183,5	166	168,8	167	165,8	165,1	162,6	159,8	79,51
Наркологические	70,8	73,1	34,2	29,6	29,8	29,3	28,8	28,4	27,5	26,8	35,61
Неврологические	71	82,9	92,6	85,8	86	86,3	87,1	85,7	83,9	83,5	101,21
Для беременных и рожениц	118,9	122,7	101,8	85	83,7	81,9	82,3	82	81,1	80,5	65,57
Общие	55,9	60,6	47,7	23,4	21,1	22,6	19,7	15,9	13,2	10,9	16,66
Койки для детей из общего числа больничных коек	309,6	309,6	260,4	214	210,4	200,3	194,9	190,1	191,9	185,8	59,87

**Динамика числа амбулаторно-поликлинических учреждений
в России в 1992–2009 гг.**

Территория	1992	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Соотношение 2009 к 1992 г. (в %)
Российская Федерация	20 697	21 254	22 084	21 783	18 792	18 301	15 625	15 342	74,12
Центральный ФО	4 936	5 375	5 864	5 745	5 370	4 926	4 453	4 307	87,25
Северо-Западный ФО	1 834	1 864	1 956	1 922	1 688	1 918	1 670	1 616	88,11
Южный ФО	3 095	3 140	2 882	2 867	2 451	2 200	2 178	2 132	68,88
Приволжский ФО	4 234	4 166	4 456	4 332	3 461	3 502	3 052	3 030	71,56
Уральский ФО	1 569	1 544	1 529	1 589	1 473	1 492	1 209	1 235	78,71
Сибирский ФО	3 434	3 644	3 752	3 641	3 097	2 910	2 186	2 104	61,26
Дальневосточный ФО	1 595	1 521	1 645	1 687	1 252	1 353	877	898	56,30

Самые большие потери понесла амбулаторно-поликлиническая служба ДФО – число АПУ сократилось до 56,3 % в 2009 г. по отношению к уровню 1992 г. Эти сокращения не смогли компенсировать ни усилия по совершенствованию выездных форм медицинской помощи для малонаселенных и труднодоступных территорий Сибири и Дальнего Востока России, ни внедрение «вахтовых методов работы» в здравоохранении. Введение системы врачей общей практики, обслуживающих одновременно и взрослых и детей, в сельских и в отдаленных регионах, попытки реализации в поликлиниках новых единиц номенклатуры врачей: «участковый терапевт широкого профиля» и «участковый педиатр широкого профиля» также не увенчались успехом. Поэтому до настоящего времени банальный участковый врач является основным лечащим врачом, проводит, как может, профилактическую, диагностическую и лечебную работу с прикрепленным контингентом, при необходимости направляет больных к узким специалистам, в диагностические центры или больницы. К сожалению, основы технологии участкового врача, который не несет ответственности за здоровье пациентов, продолжают доминировать в организационной структуре большинства отечественных АПУ, по сути дела дискредитируют саму идеологию «семейной медицины», которая реализована в большинстве стран мира в рамках организации первичной медико-санитарной помощи населению.

По мере сокращения сети АПУ, неудачных попыток внедрения полноценных стационарозаменяющих технологий, на фоне постепенного уменьшения числа коек в стационарах, закрытия больниц в сельской местности, перевода части врачебных амбулаторий в разряд ФАПов и т. п. Стратегия сокращений мотивируется снижением численности населения, отсутствия достаточного уровня рентабельности сельских участковых больниц и врачебных амбулаторий. Следствием этих процессов стал перевод части сельских участковых больниц в структуру социального обеспечения, что так же резко снижало доступность квалифицированной медицинской помощи оставшимся жителям деревень и сел, вследствие чего значительная часть селян переводилась на преимущественно доврачебный уровень медицинского обслуживания.

Несмотря на это, в России продолжает функционировать система ведомственных лечебных учреждений, подчиненных по профессиональной линии как Минздраву РФ, так и другим министерствам и ведомствам, их трансформация неоднозначна. Большинство из них в рамках двух десятилетий модернизации потеряли значительную часть структурных элементов (единиц основных фондов и ресурсов: кадровых, материально-технических и финансовых), что отрицательно сказалось на объемах и качестве производимых медицинских услуг, особенно первичного уровня. Эти процессы нашли свое отражение в виде снижения уровня здоровья трудовых ресурсов в ключевых отраслях народного хозяйства, значительному росту производственного травматизма, росту профессиональной заболеваемости и росту первичного выхода на инвалидность.

Определенная часть ведомственных больниц и поликлиник трансформировалась в негосударственные медицинские учреждения. Перевод их в другую форму собственности, как правило, ухудшал доступность и качество медицинского обслуживания жителей городов и поселков, где эти медицинские учреждения являлись основными в оказании всей медицинской помощи или ее отдельных компонентов. Проведение дискуссий и реализация пилотных проектов по возможности введения в государственную систему здравоохранения автономных организаций и широкого использования частно-государственного партнерства при оказании медицинской помощи населению, пока не нашло отражения в реальных планах как федерального, так и региональных министерств здравоохранения России. Вероятно, это задачи на отдаленную перспективу.

Многие больницы и амбулаторно-поликлинические учреждения государственной и муниципальной собственности фактически уклоняются от выполнения своей основной миссии – оказания бесплатных услуг населению и стремятся работать на платной основе как предприятия. По данным социологического исследования фонда «ИНДЕМ» уже в 2004 году объем личных средств, затрачиваемых населением России на медицинские нужды, составлял около 600 млн долларов в год, что равно почти половине всех средств федерального бюджета, выделявшихся на здравоохранение (Акопян А.С., 2004). Естественно, что медицинские учреждения, оказывающие платные услуги, не хотят терять и бюджетное финансирование, что препятствует сокращению излишних мощностей.

Сложившаяся ситуация, с одной стороны, препятствует развитию в Российской Федерации частной системы здравоохранения, с другой – оказание платных медицинских услуг государственными и муниципальными ЛПУ нередко приводит к сокращению объема медицинских услуг, оказываемых данными учреждениями бесплатно в рамках реализации Программы государственных гарантий. Многие специалисты признают, что наделение государственных и муниципальных учреждений здравоохранения правом на оказание платных медицинских услуг является вынужденной мерой, не соответствующей основному правовому статусу данных учреждений и обусловленной современным состоянием российского здравоохранения. Помимо самого факта оказания государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг осуществление приносящей доход (предпринимательской) деятельности имеет ряд противоречивых моментов, связанных с правоотношениями государственных (муниципальных) учреждений и их учредителей.

6.2. Состояния основных производственных фондов лечебно-профилактических учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации Дальневосточного федерального округа к 2011 году

Социальная сфера ДФО, в том числе и региональное здравоохранение по категории решающих элементов системы, сегодня имеет значительное отставание от стран АТР, регионов Центральной России, а также от других федеральных округов РФ. В частности, отставание выразилось в качестве структурных элементов отрасли здравоохранения в виде значительного числа ЛПУ, основные производственные фонды которых не соответствовали СНИПам, а ресурсная база отрасли (кадры, технологическое оборудование и финансы) выглядела архаичной даже на общероссийском фоне. Вполне естественно, что отставание структурных элементов системы формировало отставание и в выборе медицинских технологий. В ЛПУ региона в настоящее время довольно часто реализуются организационные и медицинские технологии, которые были стандартизованы 35-50 лет назад и никак не соответствуют современным общероссийским, а уж тем более современным международным стандартам.

Отсталость структурных и технологических элементов системы здравоохранения региона отрицательно влияла на все без исключения группы результатов деятельности системы, в частности с точки зрения медицинских результатов ДФО, как правило, лидировал по уровню показателей заболеваемости, смертности и инвалидности населения. Анализ социальной результативности системы показывает, что уровень удовлетворенности населения региона доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи ниже средних показателей по России, а аналогичный анализ экономического результирующего компонента указывал на неэффективное использование ресурсов ЛПУ отрасли.

Вполне естественно, что эти явления следует рассматривать как системный кризис отрасли в сочетании с кризисом здоровья дальневосточников. Причем, это не идеологический кризис социалистического здравоохранения, которое так критиковали либеральные экономисты и «реформаторы» и не структурно-функциональный кризис федеральной и региональной системы охраны здоровья населения бывшего СССР. Прежде всего, это отражение кризиса экономики депрессивного региона конца XX и начала XXI веков, который формирует фазу длительного ограничения ЛПУ отрасли здравоохранения в финансовых ресурсах. К сожалению, от когда-то весьма эффективной государственной системы защиты жизни и здоровья человека и населения России, сегодня остались только декларации и протоколы о намерениях, эта политика оказалась «ненужной» обществу потребления, которое переориентировалось на капиталистические рыночные отношения и извлечение прибыли в качестве главной движущей силы своего экономического и политического развития.

Основой успешной деятельности медицинского учреждения является выбор наиболее эффективных методов управления по отношению ко многим составляющим медицинской деятельности, в том числе и к экономическим ресурсам. В настоящее время значительную роль в общей идеологии управления системой здравоохранения играют экономические методы как система экономических приемов и рычагов, с помощью которых осуществляется влияние на управляемый объект (ЛПУ) с целью наиболее эффективного достижения поставленной цели и обеспечения единства интересов общества, организации и отдельных работников.

Для успешного использования механизмов экономического управления ресурсным потенциалом ЛПУ, необходимо четко представлять экономическую сущность самих ресурсов, используемых в процессе осуществления медицинским учреждением своей деятельности, поскольку к ресурсам медицинского учреждения относят совокупность природных, социальных, духовных сил, потенциально пригодных для использования в процессе создания медицинской услуги как особой потребительной стоимости.

Любой процесс создания потребительной стоимости представляет собой взаимосвязь факторов производства, характеризующую технологическую сторону производства медицинских услуг. Общественный, социальный характер процесса предоставления медицинской услуги выявляется при анализе отношений собственности на факторы производства. Таким образом, любой процесс производства вообще (и производства медицинской услуги в частности), является результатом производственных отношений, возникающих между собственниками факторов производства.

Говоря о приоритетности труда в процессе создания медицинской услуги, не следует забывать об обязательном взаимодействии его с другими факторами производства, эффективное управление которыми способствует достижению целей медицинской деятельности. К одному из таких факторов относятся основные фонды ЛПУ, в виде средств труда длительное время используемые в

хозяйственной деятельности, а также инвентарь и инструменты стоимостью более 15 необлагаемых минимумов и сроком службы более одного года. В состав основных фондов ЛПУ входят здания и сооружения, передаточные устройства, транспортные средства, оборудование, производственный инвентарь и др. (рис. 54).

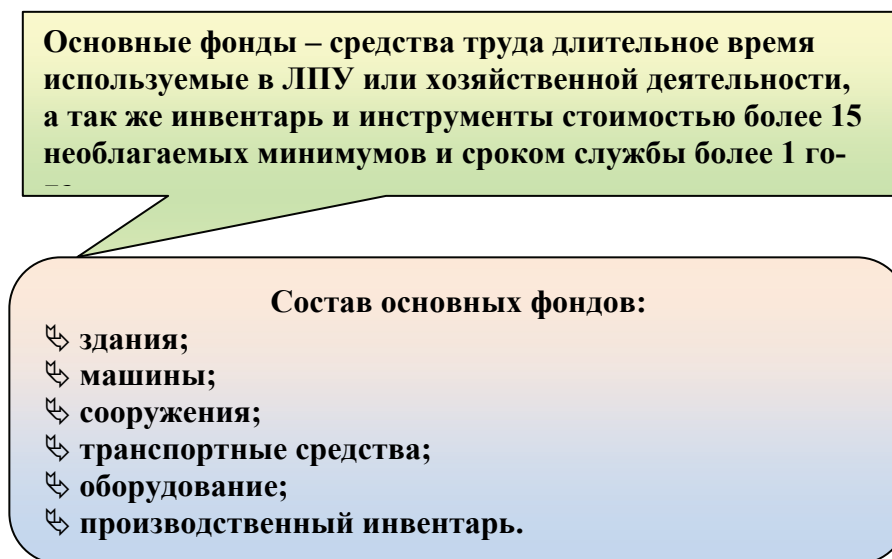


Рис. 54. Состав основных фондов ЛПУ

В их структуре принято рассматривать активную и пассивную части, а также прочие основные фонды (рис. 55).

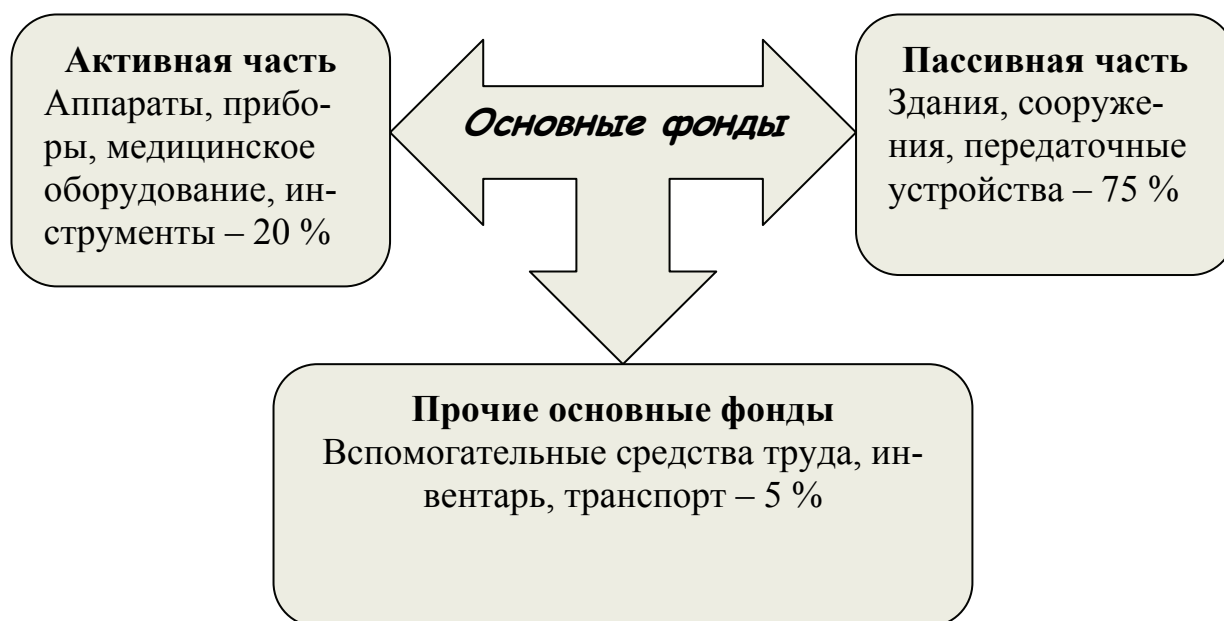


Рис. 55. Структура основных фондов ЛПУ

Особую роль в процессе управления основными фондами учреждений здравоохранения играет характер обновления средств труда, которые в процес-

се предоставления медицинских услуг и сопутствующих этому операций изнашиваются. Поэтому при управлении ЛПУ его руководителям приходится сталкиваться с физическим износом основных фондов в виде утраты первоначальных технико-эксплуатационных качеств и моральным износом основных фондов – из-за невозможности их использования ввиду несоответствия уровню научно-технического прогресса. Это обуславливает необходимость производить накопление денежных средств на возмещение износа основных фондов ЛПУ и их воспроизводство. С сожалением можно констатировать, что за два последних десятилетия исторического развития России в большинстве отраслей народного хозяйства продолжается нещадная эксплуатация основных фондов предприятий и учреждений, построенных еще при социализме, т. е. 30-50 лет назад. Это является тормозом на пути освоения современных технологий производства товаров и услуг. И, если в негосударственном секторе начались определенные подвижки по модернизации основных фондов, то в таких важных отраслях народного хозяйства, как ЖКХ, образование и наука, здравоохранение и медицинская промышленность царит застой. Первым, по нашему мнению, серьезным шагом в этом направлении должна стать программа модернизации здравоохранения России, однако в нее отрасль вошла с огромным грузом износа основных фондов большинства ЛПУ.

Уровень износа основных фондов ЛПУ. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2010 г., накануне реализации программы модернизации, из 24 000 больничных зданий в отечественном здравоохранении 2 600 – находилось в аварийном состоянии, 6 200 – требовали реконструкции, а 4500 – требовали капитального ремонта. В связи с этим, несмотря на реализацию планов укрепления материально-технической базы, во многих ЛПУ имеют место нарушения стандартных требований к устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных учреждений. В особо сложном положении оказались ЛПУ Сибири и Дальнего Востока России.

Так, в относительно благополучной в экономическом плане Кемеровской области в неудовлетворительном техническом состоянии продолжает находиться более третьей части зданий (29-35 %), из них в аварийном состоянии – от 2,6 % до 3,5 %, необходимость реконструкции – от 4,8 % до 7,2 % и капитального ремонта – от 21,0 % до 25 % зданий. В худшем техническом состоянии находятся поликлинические учреждения в составе больничных учреждений. Так, 3,1 % поликлиник было в аварийном состоянии (в больничных учреждениях – 2,6 %, в самостоятельных поликлиниках – 1,6 %); в реконструкции нуждается 4,6 % поликлиник больниц (соответственно 3,3 % и 6,0 %), в капитальном ремонте – 23,8 % (соответственно 28,1 % и 19,2 %) (Гебель В.А., 2006).

В аналогичном положении находятся основные фонды ЛПУ Иркутской области. В ведении регионального министерства здравоохранения находится 575 объектов недвижимости. Из общего числа областных государственных учреждений только 18 % учреждений расположены в типовых зданиях, 6 % – в типовых/приспособленных, 6 % – арендуют помещения, остальные 70 % распо-

лагаются в приспособленных зданиях 50-60-х годов (и ранее) постройки. Практически все здания (за исключением ГУЗ «Областной диагностический центр») имеют износ 30–50 % (средний процент износа – 31,8 %). Имеются здания с износом более 70 %, размещение больных в которых представляет опасность (туберкулезные корпуса ГУЗ «Иркутская областная психиатрическая больница № 3»).

Средний уровень износа основных фондов муниципальных учреждений здравоохранения составляет 42 %. Более 56 % ЛПУ муниципального уровня располагаются в приспособленных помещениях. Практически все ФАПы (90 %) расположены в приспособленных помещениях с уровнем износа более 50 %. Для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения области характерен недостаточный уровень оснащенности и высокая степень износа медицинского оборудования (Постановление правительства Иркутской обл. от 31 марта 2011 г. № 8/1-пп).

В этом контексте можно перечислять данные о состоянии основных фондов ЛПУ других регионов России, однако следовало бы отметить некую закономерность. Чем дальше от федеральной столицы на восток, тем хуже состояние основных фондов ЛПУ и выше уровень их износа, в значительной мере это связано с «колониальным» вариантом освоения территорий Сибири и Дальнего Востока в XVIII–XXI веке. В первую очередь, в этих территориях формировались промышленные зоны, различные варианты поселений, а на формирование социальной составляющей инфраструктуры, как правило, не хватало финансовых ресурсов, поскольку значительная часть прибыли от продажи природных ресурсов региона «перекачивалась» или в столичный регион, или в зарубежные «копилки» российской элиты.

К сожалению в советский период освоения Сибири и Дальнего Востока ситуация практически не менялась. Поэтому состояние основных фондов ЛПУ в зоне экономической депрессии – субъектах РФ ДФО – даже на фоне общероссийских проблем в начале XXI века не выдерживает критики. Многие здания и сооружения региональной системы здравоохранения построены 30–50 и более лет назад. Причем, только некоторые крупные муниципальные и областные (краевые, республиканские) ЛПУ расположены в специально спроектированных и построенных зданиях (типовые или индивидуальные проекты). Центральные районные и сельские участковые больницы и их подразделения чаще всего расположены в приспособленных помещениях. Многие здания и сооружения ЛПУ по несколько раз реконструировались на протяжении своего существования без идеологически выдержанного генерального плана застройки. В результате, комплекс таких «современных» объектов здравоохранения ДФО разных эпох постройки выглядит в виде живописного конгломерата зданий и сооружений, интересного сегодня в большей мере с точки зрения истории

строительства, а не с позиции реализации в этих ЛПУ технологий «Height Tech».³

В наиболее сложном положении, с точки зрения состояния основных фондов ЛПУ, находятся северные территории ДФО. Так, в Республике Саха (Якутия) функционирует 580 лечебно-профилактических и 3 образовательных учреждения. Их материально-техническая база представлена 1 457 зданиями и сооружениями. Из числа зданий ЛПУ построено: по типовому проекту – 318 (34,0 %), приспособленных – 616 (66,0 %). По конструктивному исполнению – деревянных зданий – 738 (79 %). Водопровод имеется в 44,4 % зданий ЛПУ, горячее водоснабжение в 39,2 %, центральное отопление в 96,4 %, канализация в 48,5 %. Средний физический износ зданий и сооружений ЛПУ – 32,9 %, в том числе лечебных корпусов – 46,9 %. Из-за ветхости и аварийного состояния подлежат списанию и сносу 42 здания, а в срочном капитальном ремонте нуждаются 203 здания ЛПУ (Указ Президента Республики Саха (Якутия) от 28 марта 2011 года № 556).

В похожем состоянии находятся основные фонды ЛПУ Камчатского края, где доля аварийного фонда зданий ЛПУ составляет 5,6 %, требуют реконструкции 9,9 % зданий, капитального ремонта – 38,2 %, около 35 % зданий ЛПУ требуют замены системы холодного водоснабжения, около 47 % – замены систем отопления и горячего водоснабжения; около 58 % зданий ЛПУ требуют замены систем энергоснабжения (Распоряжение Правительства Камчатского края от 27.07.2010 № 373-РП).

В Магаданской области из 197 ЛПУ более 80 % расположены в построенных 30–50 и более лет назад зданиях, многие из которых имеют высокую степень износа, не отвечают санитарным нормам и современным технологическим требованиям. Техническое состояние 17 % зданий ЛПУ – ветхое и предаварийное, более 54 % нуждается в комплексном капитальном ремонте и 22 % – требуют реконструкции. Только около 50 % стационарных и 70 % амбулаторно-поликлинических ЛПУ имеют медицинское оборудование, соответствующее федеральным стандартам (Постановление Администрации Магаданской области от 28 марта 2011 г. № 184-па).

Анализ материально-технической базы ЛПУ Сахалинской области показал, что многие учреждения здравоохранения нуждаются в доукомплектовании медицинским оборудованием, а часть имеющегося в учреждениях здравоохранения медицинского оборудования не отвечает требованиям, предъявляемым к качеству оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (Постановление Правительства Сахалинской области от 01 апреля 2011 г. № 113).

³ Примером такого учреждения является ГБУЗ «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края, где в рамках одного ЛПУ эксплуатируется множество зданий и сооружений, построенных в исторический период с 1914 по 2009 гг. Причем в непосредственной близости от Перинатального центра расположены два морга (Хабаровского краевого бюро Судмедэкспертизы и 301-го ОВКГ) (прим. авторов).

В Чукотском автономном округе имеется 25 ЛПУ, расположенных в 36 зданиях. В основном здании ГУЗ «Чукотская окружная больница» г. Анадырь реконструкция завершена в конце 2006 года. Многие здания филиалов, расположенных в п. Эгвекинот, г. Билибино и др., нуждаются в капитальном ремонте. Здания этих ЛПУ обветшали, инженерные сети устарели и нуждаются в замене, общий уровень износа составляет 40 %. Почти половина медицинского оборудования имеет износ более 75 % (свыше 16 тысяч единиц), а часть имеет 100 % износа, то есть фактически полностью нуждается в замене (Постановление Правительства ЧАО от 31 декабря 2010 г. № 458).

В Амурской области ЛПУ расположены в 795 зданиях. Уровень износа зданий составляет более 60 %, в том числе стационары – 58 %; поликлиники – 46 %; участковые больницы – 65 %; амбулатории – 76 %; фельдшерско-акушерские пункты – 66 %; здания вспомогательного назначения – 70 %. Уровень износа рентгенологического оборудования составляет 54 %, УЗИ-аппаратов – 38 %, прочего – 35 %. (Постановление Правительства Амурской области от 07.02.2011 № 36).

В южной зоне ДФО (Приморский, Хабаровский края и Еврейская автономная область) ситуация с уровнем износа основных фондов ЛПУ менее сложная, чем в северных территориях, однако и там сформировалась масса проблем.

В Приморском крае имеется 142 ЛПУ государственной и муниципальной формы собственности. В рамках региональной программы модернизации планируется проведение капитального ремонта 62 ЛПУ, из них в ЛПУ 10 городских округов, выполняющих функции межрайонных центров. Мероприятия, связанные с капитальным ремонтом, обеспечат приведение в надлежащее эксплуатационное состояние инженерных систем водоснабжения, канализации, теплоснабжения, вентиляции, электроснабжения. Общий объем финансового обеспечения Программы в 2011–2012 годах составит до 6 729,53 млн руб. (Постановление Правительства Приморского края от 01 апреля 2011 г. № 113.), чего явно недостаточно.

В системе здравоохранения Хабаровского края эксплуатируется 382 здания и сооружения, из которых 48 нуждаются в реконструкции и 147 – в капитальном ремонте (51,04 %). Средний уровень износа медицинского оборудования ЛПУ края составляет 60,4 %. (Постановление Правительства Хабаровского края от 31 марта 2011 г. № 84-пр).


В Еврейской автономной области функционирует 33 ЛПУ, из них – 13 больниц, 9 самостоятельных поликлиник, 3 диспансера, 1 стоматологическая поликлиника, 1 станция переливания крови, 1 станция скорой медицинской помощи, 3 учреждения особого типа, 1 санаторий, 1 дом ребенка, 7 амбулаторий, 64 ФАПа. 3 здания ЛПУ требуют реконструкции и 11 зданий нуждаются в проведении капитального ремонта. Темпы старения и износа зданий ЛПУ существенно опережают темпы реконструкции и строительства новых объектов (Постановление Правительства ЕАО от 31 марта 2011 года № 143-пп).

Для выполнения федеральных стандартов оказания медицинской помощи населению региона (порядков и протоколов) только в ближайшие годы потребуются значительные инвестиции в восстановление основных фондов и ресурсной базы ЛПУ. По нашему мнению выделяемых финансовых ресурсов из различных источников в рамках реализации региональных программ модернизации в 2011–2012 гг. будет явно недостаточно. Кроме того, в регионе наблюдается острая нехватка современных, высокотехнологичных медицинских учреждений, таких как Республиканский центр национальной медицины в Республике Саха (Якутия), Федеральный кардиоцентр в Хабаровском крае, что требует рассмотрения вопроса не только о модернизации ЛПУ, но и о строительстве новых медицинских центров и ЛПУ.


В то же время в силу особенностей своего географического положения и высокого уровня обеспеченности стратегическими ресурсами ДФО располагает потенциалом для привлечения капитала и крупнейших товарных потоков. Использование этих возможностей, безусловно, должно находиться в сфере долгосрочных стратегических приоритетов государства. С этой точки зрения, инвестиции федерального бюджета в систему охраны здоровья дальневосточников должны быть несоизмеримо более высокого уровня, чем запланировано на 2011–2012 гг. К сожалению, до настоящего времени все 9 субъектов РФ ДФО относятся к категории дотационных. Это накладывает отпечаток на перспективу роста уровня инвестиций в новое строительство больничных зданий и сооружений. Мы полагаем, что за счет средств региональных бюджетов серьезных инвестиций в новое строительство производственных мощностей отрасли здравоохранения ДФО ожидать не следует.


Перспективы технического переоснащения ЛПУ. Специалисты в области управления здравоохранения отмечают значительный рост затрат на оказание медицинских услуг, определяемый, в первую очередь, внедрением и использованием современных технологий. Причина роста затрат на внедрение новых технологий определяется в большинстве случаев не самой технологией, а необоснованным использованием дорогостоящих методов (при возможности применения более дешевых рутинных процедур). Обоснованное планирование закупок медицинских изделий позволит использовать медицинские изделия и технологии адекватно поставленным задачам и более эффективно управлять затратами в здравоохранении.

В течение всего периода реализации рыночных реформ в системе здравоохранения Дальнего Востока России (1991–2012 гг.) предпринималось несколько попыток коренного перевооружения ЛПУ.

 *Во второй половине 1990-х годов была сделана первая такая попытка, когда за счет кредитов зарубежных банков были произведены закупки «современного» медицинского оборудования, в основном импортного. Именно в это время зарубежные фирмы-производители медицинского оборудования освободили свои склады от «неликвидов», и неожиданно получив дополнительные финансовые ресурсы, стали модернизировать свои производственные конвейеры*

ры. В самой России в это время в рамках стратегии «конверсии» были сделаны попытки производить собственное медицинское оборудование на предприятиях «оборонки» и оснащать им отечественные ЛПУ. В начале 2000-х годов стало ясно, что ни зарубежные поставки медицинского оборудования по кредитным линиям, ни покупки отечественных моделей не решили проблем невероятного уровня технического отставания региональных ЛПУ. Объем ввода нового оборудования отставал от уровня износа существующего, которое эксплуатировалось к тому времени от 10-ти до 20-ти лет. Именно этот момент на много лет приостановил реализацию внедрения стандартных технологий в медицину ДФО. Исключением из правил стала система здравоохранения Республики Саха (Якутия), где по инициативе тогдашнего Президента РС(Я) М.Е. Николаева и депутатской группы Ил Тумэна, были введены в строй действующих несколько, «построенных с нуля», медицинских учреждений (Республиканский национальный медицинский центр, Республиканский перинатальный центр, Улусный перинатальный центр в Хангаласском улусе – г. Покровск и др.). Последние были оснащены современным медицинским оборудованием, как правило, зарубежного производства.

 В середине 2000-х годов была сделана вторая попытка перевооружения ЛПУ отрасли региона техническим и технологическим оборудованием в рамках реализуемого Приоритетного национального проекта «Здравоохранение». Эта попытка перевооружения ЛПУ отрасли была более успешной, чем предыдущая, однако и она не привела к коренным изменениям технологий производства медицинских услуг и изменению уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи дальневосточникам. Первопричиной провала стал низкий уровень проектной проработки стратегии перевооружения ЛПУ, в первую очередь, муниципального уровня. С одной стороны, основные фонды этих ЛПУ были не готовы к демонтажу старого и монтажу нового технического и технологического оборудования по причине несоответствия СНИПам и СанПиНам. С другой стороны, после монтажа нового оборудования и ввода его в эксплуатацию, в течение 3-4 мес. закончились расходные материалы и реактивы, а на приобретение новых, финансовых средств в ЛПУ не было. Высокотехнологичное оборудование простаивало. Схожая ситуация сложилась с поставками спецавтотранспорта для СМП, большая часть из которого не была пригодной для эксплуатации в условиях бездорожья ДФО и морозов ниже минус 30°C. Эксплуатация данного транспорта не повысила доступность СМП населению региона.

 С 2011 года делается третья попытка перевооружения ЛПУ отрасли здравоохранения ДФО уже в рамках утвержденных Министром здравоохранения РФ организационных стандартов (порядков) оказания медицинской помощи, где вводился регламент оснащения кабинетов, отделений и ЛПУ по направлениям деятельности. Однако финансовых средств на замену технического и технологического оборудования опять не хватило, поскольку «усталость» и износ существующего, намного превосходил планы его замены...

Сегодня становится ясным, что решения по техническому переоснащению ЛПУ должны базироваться на специализации реконструируемого подразделения, свойствах и характеристике оборудования, используемого для решения поставленных задач, соответствии региональным традициям и федеральным стандартам. В процесс принятия решения должны быть вовлечены специалисты различных подразделений и областей знаний, как это проводится в экономически развитых странах.⁴ Что же относительно субъектов РФ ДФО, то многие решения по закупке оборудования для ЛПУ принимаются в кабинетах руководителей, а т. н. тендеры проводятся как «декорации» уже заранее принятых решений.

В субъектах РФ ДФО отсутствует практика среднесрочного и долгосрочного комплексного планирования модернизации оснащения на местах. Процедура принятия и обоснования медико-технических решений при закупке оборудования строго не определена. Специалист, как правило, опирается на стандарты оснащения, которые являются составной частью «Положения об оказании медицинской помощи» (порядки) и лицензионные требования.

Основными недостатками стандартов оснащения является отсутствие единого подхода к используемой терминологии, что приводит к сложности в идентификации и множественной интерпретации по сути аналогичных изделий. Дополнительные сложности вызывает тот факт, что стандарты не «разнесены» по уровню учреждений здравоохранения, несмотря на то, что требования к медицинскому изделию для поликлиники северного поселения ДФО и регионального клинко-диагностического центра будут существенно отличаться. Такая ситуация в дальнейшем приводит к путанице среди различных участников системы обращения медицинских изделий: для контролирующих органов усложнится оценка соответствия парка оснащения ЛПУ принятым стандартам, для специалистов ЛПУ – составление спецификаций к конкурсным торгам.

В настоящее время, после того, как наработан определенный опыт, для повышения эффективности и прозрачности закупок медицинских изделий региональным регулирующим органам необходимо обеспечить следующее:

- ✓ *на этапе регистрации присваивать медицинским изделиям категорию вида в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий (согласно № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.);*
- ✓ *регламентировать механизм применения стандартов оснащения в зависимости от уровня ЛПУ.*
- ✓ *Разработать рекомендации по применению стандартов оснащения при планировании закупок медицинских изделий;*

⁴ В США планирование закупок чаще всего ложится на инженерную службу ЛПУ. Показателем эффективной работы инженерных служб является объем сэкономленных средств. Так, инженерные службы госпиталя Арканзаса за 4 года сэкономили 2,6 млн долларов, службы вашингтонского госпиталя (900 коек) – около одного млн долларов за 18 месяцев. В Канаде каждой государственной больнице рекомендуется составлять стратегический план закупок на несколько лет, в котором обосновываются потребности и затраты, связанные с приобретением, монтажом и эксплуатацией изделий. Кроме того, при закупке дорогостоящего оборудования (ЯМР и т.п.) необходимо согласование со специализированной организацией (Local Health Integration Network) (прим. авторов).

- ✓ *разработать стандартизированные требования к техническим заданиям к конкурсным торгам;*
- ✓ *в соответствии с ФЗ «Об охране здоровья граждан» разработать методологию определения взаимозаменяемости медицинских изделий.*

Сохранение разрыва в оснащении техническим и технологическим оборудованием ЛПУ в субъектах РФ ДФО – свершившийся факт. Следует отметить, что по мере географического удаления поселения от административного центра региона, нарастает уровень износа медицинского оборудования, снижается уровень фондовооруженности его ЛПУ, что подпитывает ситуацию значительного социального неравенства дальневосточников в доступности, качестве и безопасности медицинской помощи в зависимости от места проживания. Наиболее уязвимыми в этом отношении являются жители отдаленных северных и сельских районов субъектов РФ ДФО, где депрессивная экономика, высокий уровень безработицы, полуразрушенная в результате рыночных реформ социальная сфера (образование, здравоохранение и социальная защита), а уровень оплаты труда не всегда обеспечивает даже прожиточного уровня для членов таких семей.

Изучение социальных неравенств в охране здоровья и их изменений во времени является одним из ключевых направлений современных исследований в социологии здоровья. Такие исследования помогают более глубокому осознанию социальных механизмов формирования здоровья, способствуют пониманию того, насколько неравенства в здоровье обусловлены экономическими и социальными изменениями, происходящими в обществе, и дают представление о тенденциях нарастания или, напротив, сокращения различий в здоровье у представителей различных социальных слоев и жителей различных поселений.

Эти исследования имеют большое значение для выработки государственной социальной политики, направленной на улучшение состояния общественного здоровья, и оценки эффективности предпринимаемых в этом направлении мер. Сегодня в основе такой политики, согласно документам ведущих международных организаций (World Health Organization, Targets for Health for All), лежит концептуализация здоровья как специфического общественного блага, доступ к которому должен определяться в соответствии с принципами социальной справедливости. Речь идет о равенстве возможностей в обеспечении ключевых ресурсов здоровья для представителей различных социально-статусных групп населения и жителей различных провинций России. Реализация этого требования предполагает особенно пристальное внимание к тем общественным слоям, чье социальное положение менее благоприятно. Важно отметить, что политика, направленная на смягчение груза проблем со здоровьем в низкостатусных социальных группах, не только соответствует принципам справедливости, но и способствует существенному улучшению состояния здоровья населения в целом.⁵

⁵ Kunst, Anton E., Johan P. Mackenbach. Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. Copenhagen: World health organization regional office for Europe. – 1994.

Анализ социальных паттернов в распределении статусов здоровья в обществе имеет развитые исследовательские традиции в зарубежной социологии. Многочисленные работы, начиная с широко известной публикации «Black Report», в которой были обобщены результаты исследования неравенств в здоровье британских граждан,⁶ показывают, что состояние индивидуального здоровья обусловлено в значительной мере принадлежностью человека к определенной социально-структурной группе. Позиция, которую занимает индивид в социальной иерархии, как бы она ни определялась – профессией, уровнем образования или размером дохода, является определяющим фактором и статуса здоровья, и распространенности деструктивных для здоровья типов поведения.⁷

К сожалению, большинству программ модернизации в ДФО, будь то модернизация образования, здравоохранения или культуры, почти никогда не предшествует системный анализ и НИОКР, на основании которых риск принятия неоправданных с точки зрения эффективности программ возрастает в разы.

Отставание системы здравоохранения субъектов РФ региона в настоящее время формируется не только по уровню состояния основных фондов ЛПУ, степени их обновления и ввода в строй новых высокотехнологических медицинских учреждений, но и по уровню обеспечения отрасли ресурсами. Наиболее важным ресурсом для формирования и реализации современных технологий производства медицинских услуг являются кадры отрасли, их количественные и качественные характеристики.

6.3. Кадровые ресурсы лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения Дальневосточного региона

В условиях сформировавшихся рыночных отношений в различных отраслях хозяйства ДФО и глобального экономического кризиса отмечается резкое снижение эффективности всех системных функций российского здравоохранения – развития медицинской науки, профилактики и лечения заболеваний, подготовки и использования кадров, управления медицинскими учреждениями. И, наконец, кризис означает неопределенность будущего (преодоление упадка или окончательное разрушение) самого здравоохранения региона, поскольку весьма неопределенным выглядит будущее его основы – кадровой структуры отрасли.

В этой связи следует отметить, что в региональной медицине статус медицинского работника, в том числе и врача, постепенно утрачивает свою популярность. Уже сейчас нехватка врачей в государственных и муниципальных ЛПУ (подчеркиваем – физических лиц, а не штатных должностей) достигла критического значения. При этом, число врачей пенсионного и предпенсионно-

⁶ Inequalities in Health: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black. London: Department of Health and Social Security, 1980.

⁷ Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2007. – № 1. – С. 140–161.

го возраста в ЛПУ Дальнего Востока России с каждым годом увеличивается. Замена выбывших специалистов из отрасли проводится спонтанно, по годами накатанной колее «от исполненного», как правило, без учета уровня выбытия профессионалов, поведенческих мотиваций молодых специалистов на рынке труда и т. п. Складывается впечатление, что реальное управление кадрами в отрасли здравоохранения региона отсутствует, а управляющие структуры не хотят замечать кризиса кадров врачей и других медицинских работников.⁸

Истоки системного кризиса отрасли и ее кадровых ресурсов следует искать в весьма недалеком прошлом, поскольку именно тогда и была заложена основная часть сегодняшних проблем. В 1972 году руководители здравоохранения СССР предложили мировому медицинскому сообществу провести международную конференцию, чтобы обсудить как общие закономерности развития систем здравоохранения, так и реальный опыт их успехов и неудач в разных странах и регионах. Предложение вначале не было принято западными странами, которые увидели в нем лишь пропаганду социалистического здравоохранения, но было поддержано рядом развивающихся стран и тогдашним Генеральным директором ВОЗ Х. Малером. После этого в ВОЗ и ее региональных бюро, а также во многих странах развернулась большая подготовительная работа к Международной конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ по ПМСП в Алма-Ате (Казахстан), которая прошла 6–12 сентября 1978 г. с участием руководителей здравоохранения из 134 стран мира, представителей 67 международных организаций и средств массовой информации.

Итоги Алма-Атинской конференции вызвали громадный резонанс. Решения конференции были подтверждены Всемирной ассамблеей здравоохранения, а затем и Генеральной Ассамблеей ООН в 1979 г., принявшей по предложению СССР, США, Индии, Финляндии, ГДР, Нидерландов и других стран резолюцию «Здоровье как составная часть развития» (ООН № 34.58 от 29.11.1979). В принятой ВОЗ «Стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г.» ставилась задача непрерывного улучшения состояния здоровья всего населения, предоставления каждому индивидууму доступа к первичной медико-санитарной помощи, а через нее – ко всем уровням всеобъемлющей системы здравоохранения.

Именно это стало причиной того, что даже сегодня спустя более 30 лет в публикациях и обсуждениях тезис о некоем идеале ПМСП в здравоохранении СССР продолжает тиражироваться. К сожалению, весь тогдашний отечественный опыт развития ПМСП со всеми его достоинствами и недостатками в последующие годы не стал основой для реформирования системы охраны здоровья населения, а уж тем более, дальнейшего развития ПМСП в постсоветской России. В 1980 и 1990-х годах участковые службы отечественных поликлиник продолжали отдаляться от семейного принципа обслуживания, значительно вырос удельный вес т. н. «узких специалистов» в штатных расписаниях ЛПУ,

⁸ Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. – 420 с.

параллельно сформировались три мало зависимые друг от друга системы амбулаторно-поликлинической помощи первичного уровня. Детскому населению амбулаторная медицинская помощь оказывалась в детских поликлиниках, взрослым – в территориальных поликлиниках для взрослых, а беременным женщинам в женских консультациях. Персонал каждого учреждения решал «свои» задачи, что в конечном итоге разрушало семейный подход к охране здоровья. Все чаще и чаще понятие «охрана здоровья населения» подменялась понятием «оказание медицинской помощи». Резко упал престиж профессии участкового врача, а это, в свою очередь, привело к постепенному «вымыванию» квалифицированных кадров из ПМСП.

Неправильным было бы не упомянуть и о том, что делалось несколько попыток по восстановлению семейного подхода в обслуживании населения. В частности, предложения о внедрении технологий акушерско-терапевтско-педиатрических комплексов (АТПК) и всеобщей диспансеризации населения. К сожалению, эти организационные технологии оказались нежизнеспособными и не были реализованы. Для поднятия престижа ПМСП и ее кадрового потенциала в рамках реализации нового хозяйственного механизма (НХМ) были сделаны попытки реализации организационной технологии врача общей (семейной) практики с переводом системы финансирования ПМСП на частичное фондодержание, однако и эти технологии не нашли должной поддержки среди медицинского сообщества.

Сегодня остается только сожалеть о том, что в это непростое для отечественного здравоохранения время, когда руководители государства не смогли противостоять «мирной экспансии демократии» стратегического противника и удержать некогда великую страну от распада, была заложена бомба под здоровье народа. Последовавшие вслед за распадом СССР рыночные реформы, усилили кризис здоровья и привели к беспрецедентному в мирное время уменьшению количества и ухудшению «качества» населения России, деградации среды обитания и растущей неспособности социальных систем (в т. ч. и здравоохранения) защитить гражданина и обеспечить его жизненно важные потребности. Все без исключения субъекты РФ ДФО на старте реформ здравоохранения весьма невыгодно отличались от большинства территорий России, поскольку Дальневосточный регион в течение всего своего исторического развития имел типичные черты колониального освоения территории.

Рынок труда в здравоохранении ДФО уже в течение более чем двух десятилетий испытывает значительное напряжение и это видно по реализации хотя бы тех немногочисленных проектов, которые исполнены в рамках проведения в 2012 году саммита АТЭС в г. Владивостоке. «Львиная доля строителей объектов к этому саммиту велась руками гастарбайтеров из КНР, Турции, Вьетнама и др. В здравоохранении региона кадровая ситуация еще более напряженная, поскольку только за счет притока врачей и медсестер из республик бывшего СССР, таких как Украина, Казахстан, Кыргызстан и др., кадровую проблему не решить. Не удастся ее решить и за счет вахтовых методов работы медиков, ко-

торые все чаще и чаще используются при организации медицинского обслуживания персонала горнодобывающих и нефтедобывающих предприятий Магаданской и Сахалинской областей, а также северных районов Хабаровского и Камчатского краев.

Моральные и физические кондиции кадровых ресурсов отрасли здравоохранения региона и их способность эффективно реагировать на изменяющиеся внешние и внутренние условия в значительной степени ослаблены состоянием неуверенности, чувством страха и затяжного стресса. Употребление термина социальный стресс медицинских кадров, по нашему мнению, является справедливым при оценке сложных биосоциальных систем – семьи, человеческих популяций, кадровых ресурсов той или иной отрасли. К ним полностью применимы положения, выдвинутые П.К. Анохиным относительно системогенеза и поведения живых, сложных, динамических саморегулирующихся систем. Ведь в несравнимо ином моральном и физическом состоянии сегодня находятся кадровые ресурсы ОАО «РЖД», Роснефти, энергетических компаний и др., поскольку внешние и внутренние условия их существования стабилизировались, а чувство страха и затяжного стресса 1990-х годов уже стало забываться. Социальное положение наемных работников этих корпораций намного выше и стабильнее, чем у специалистов, занятых в отрасли здравоохранения.

По мнению экономистов, изучавших доступность муниципальных услуг для населения, наиболее значимой услугой для жителей Дальнего Востока является муниципальная услуга.⁹ Значимость услуг здравоохранения в рейтинге оценок жителей муниципальных образований еще раз указывает на уровень неблагополучия в региональной медицине, причем основой этого неблагополучия с точки зрения значительной части дальневосточников является дефицит врачебных кадров. Причем дефицит квалифицированных врачей – это не локальная проблема, это проблема глобального характера, на что указывает значительный уровень коэффициента совместительства среди врачебного персонала региона в начале 2013 года, составляющий в разных ЛПУ субъектов РФ ДФО от 1,25 до 2,31.

Создавшийся кадровый дефицит врачей в системах здравоохранения Дальнего Востока России невозможно погасить в течение короткого промежутка времени, поскольку цикл профессиональной подготовки врача длится минимум 7-10 лет. Результатом этого становится формирование проблем со здоровьем значительной части населения региона, что является одной из главных причин персональных банкротств дальневосточников, а у почти половины из них подпитывает стремление переехать «на материк» – так дальневосточники называют всю остальную Россию.

Кадровый дефицит врачей в сельских и отдаленных северных поселениях ДФО накладывает свой весьма своеобразный отпечаток на организацию меди-

⁹ Рагозина Л.Г. Оценка удовлетворенности населения качеством услуг на муниципальном уровне. Городской альманах: вып. 4 / науч. ред. Г.Ю. Ветров. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2009. – С. 103–121.

цинской помощи дальневосточникам. В целом она организована преимущественно по принципу «прием по месту жительства», но отличается от городских схем тем, что пациенты имеют непосредственный доступ к медицинским услугам, чаще всего фельдшера ФАП, который может оказать первичную доврачебную помощь. Помощь семейного врача, участкового терапевта и узких специалистов, а также специализированную медицинскую помощь можно получить лишь по направлению фельдшера. О серьезной диагностике и лечении на ФАПах говорить не приходится.

По данным наших наблюдений на большинстве ФАПов региона донельзя изношенные основные фонды, отсутствует канализация и элементарное диагностическое оборудование. Даже во врачебных амбулаториях и не закрытых до сих пор участковых больницах возможности по диагностике минимальны, все, как правило, ограничивается устаревшими моделями рентгенаппаратов, УЗИ, ЭКГ, лабораторных анализаторов и светооптических микроскопов со значительным уровнем износа. Таким образом, большинству пациентов из указанных поселений все равно приходится обращаться в районную поликлинику, где последние сталкиваются или с многочасовыми очередями на прием к врачу, или им отказывают в приеме из-за отсутствия таковых.

В рыночных условиях, когда в основе любой деятельности лежит получение максимальной прибыли при минимальных затратах очень легко скатиться к формированию искаженной морали в профессиональной врачебной среде. В условиях реализации принципов рынка в здравоохранении ДФО наиболее деструктивное действие на врачебные кадры оказывают некоторые процессы, которые характерны для частнопредпринимательской деятельности, но ростки этих процессов наблюдаются и в государственной (муниципальной) системе ЛПУ (деморализация, деинтеллектуализация и этический нигилизм).

В конечном итоге эти вопросы следует рассматривать в виде параметров производственной культуры в ЛПУ отрасли в виде типа отношений между администраторами, врачами и средним медицинским персоналом. До настоящего времени в большинстве ЛПУ Дальнего Востока России преобладает авторитарный стиль управления и культура жесткого иерархического подчинения. Строгая вертикаль «главный врач–лечащий врач–средний медработник» сама по себе не является идеальной, поскольку она порождает напряжение в коллективах/бригадах по производству медицинских услуг и вызывает конфликтные ситуации в ЛПУ. Авторитарность отношений в ЛПУ порождает дефицит управляемости, преобладание наказаний над поощрениями, деинтеллектуализацию и демотивацию медицинского персонала. И, все-таки главной проблемой для регионального здравоохранения является элементарная нехватка квалифицированных медицинских кадров.

Кадры руководителей отрасли. Системный кризис в отечественном здравоохранении связан с отсутствием квалифицированных кадров на всех уровнях производства медицинских услуг. Профессионалов остро не хватает не только в производственном звене – но и в звене управленческом. В этой связи,

вспоминается грустная шутка советских времен: «Будешь хорошо учиться – станешь врачом, будешь плохо учиться – станешь главным врачом». Сейчас путь в главные врачи ЛПУ в регионе не так уж и долог, а там и до министерского кресла недалеко. В прежние годы региональный министр проходил профессиональную и управленческую школы. Теперь все это не актуально... Довольно часто региональные министры здравоохранения вырастают из бывших санитарных врачей, сотрудников страховых компаний, провизоров, бухгалтеров и др. Они плохо представляют себе систему охраны здоровья населения, особенности производства медицинских услуг, не постигали азов современного менеджмента, рыночной экономики и медицины. Они, как правило, всего достигли сами методом проб и ошибок, проявляя главное качество современного руководителя – преданность «хозяину» региона. Конечно, в такой ситуации не существует иных мнений, кроме мнения хозяина, как единственно правильного. Надо отметить, что в такой ситуации все разумные или альтернативные предложения по эффективности управления отраслью или сразу отвергаются с уже привычной резолюцией «не умничайте» или тонут в стопах многочисленных документов.

Руководители отрасли как заклинание повторяют слова: «Модернизация, юридическая и экономическая самостоятельность ЛПУ, информатизация, инновация и стандартизация». Заклинания о модернизации поддерживаются словами о необходимости внедрения систем оценки качества по индикаторам, о всеобщем лекарственном обеспечении жизненно необходимыми лекарствами, о реализации принятых и готовящихся в кабинетах чиновников и депутатов новых федеральных законов и т. п. Вот только тогда, говорят они, можно ставить вопрос о выздоровлении граждан от излечимых заболеваний, о существенном продлении жизни пациентов с хроническими болезнями, о доступности качественной медицинской помощи для жителей отдаленных уголков провинциальной России. О том, что в цивилизованном мире такие задачи решены уже давно, а отечественное здравоохранение даже не подступались к ним, об этом как-то не принято говорить вслух.

После 2010 года, когда отрасль здравоохранения вплотную подошла к выполнению планов модернизации, именно на этой стадии выяснилось, что руководители большинства ЛПУ люди, как правило «возрастные» и о региональных программах модернизации отрасли имеют в основном приблизительные сведения. Такие руководители уже многие годы привычно занимаются имитацией управления отраслью и ее реформированием и уступать своих «насиженных» мест никому не собираются. Уж где-где, а на Дальнем Востоке России нет дефицита кадров в управляющих структурах.

Современное состояние отрасли здравоохранения Дальнего Востока России при всем разнообразии процессов модернизации, объединяет одна проблема – отсутствие подготовленных профессионалов управления, которые могут адекватно воспринять, принять и реализовать идеи, вызовы и, уже ставшие ре-

альностью, нормы изменений.¹⁰ Идеологически и законодательно созданы условия для самостоятельности существования ЛПУ.¹¹ Однако динамика автономизации незначительна, несмотря на введение в критерии качества работы муниципальных и государственных органов управления, как отдельного показателя – количество учреждений перешедших в статус автономных.¹²

На наш взгляд, одной из ключевых причин медленного перехода учреждений социальной сферы ДФО на новые экономические условия, это моральная, функциональная, компетентностная неготовность действующих руководителей различного уровня к осуществлению иной позиции – менеджера медицинского учреждения. Существенным признаком иной позиции руководителя является умение принимать решения, которое предполагает развитие следующих качеств: самостоятельность мышления, аналитичность оснований действия, креативность и ответственность.¹³ Ведущей профессионально значимой характеристикой личности, в данном случае, можно считать самостоятельность мышления, что для современных руководителей здравоохранения региона остается проблемной зоной не только в силу сложности развития соответствующих психических процессов, но и неоднозначностью среды, влияющей на ценностные ориентиры при принятии самостоятельных решений.

Нельзя сказать, что в направлении модернизации управленческих кадров отрасли здравоохранения ДФО не было сделано позитивных попыток. В 2011 и 2012 гг. Российской академией государственной службы начата реализация Программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения в 2011–2014 гг.» (категория «А» и «Б»). Государственный заказчик программы – Министерство экономического развития РФ. Цель программы – подготовка высококвалифицированных управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования для обеспечения эффективной реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ. В результате реализации этой весьма дорогостоящей программы ее заказчики планировали сформировать «кадровый резерв для уровней власти всех уровней в сфере здравоохранения».

Авторы этого издания участвовали в подготовке руководителей отрасли (группа «Б») Хабаровского края, Амурской и Еврейской автономной областей. Впечатление от специалистов, прибывших на обучение, сложное, поскольку их возрастной состав не вселял оптимизма с точки зрения подготовки «резерва» руководителей для отрасли (более 2/3 курсантов – лица пенсионного и предпен-

¹⁰ Бовин А.А., Чередникова Л.Е., Якимович В.А. Управление инновациями в организациях. – Омега-Л, 2011. – 416 с.

¹¹ Основные положения Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений». подписан Президентом РФ 18 июля 2011 года № 239-ФЗ (прим. авторов).

¹² Туккель И.Л., Яшин С.Н., Кошелев Е.В., Макаров С.А. Экономика и финансовое обеспечение инновационной деятельности. – БХВ-Петербург, 2011. – 240 с.

¹³ Михайлова Ю.В., Сон И.М., Сохов С.Т., Данилова Н.В., Шестаков Н.Н., Сасина Н.С., Тахтарова Ю.Н. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 1. – С. 52–54.

сионного возраста). В ходе проектного обучения было выявлено, что у обучавшихся руководителей ЛПУ почти полностью отсутствуют мотивации к самостоятельному принятию решений и необходимые для этого качества (самостоятельность мышления, склонность к системному анализу, креативность и ответственность), а самое главное – отсутствует элементарная подготовка по праву, экономике, планированию, управлению персоналом и т. п. Такой, чисто механический подход к отбору кандидатов в группу резерва и подготовке креативных руководителей для ЛПУ региона, по нашему мнению, заранее обречен на неудачу.

Еще в 2006 году директор Европейского регионального бюро ВОЗ доктор Марс Данзон отметил, что для формирования эффективных систем здравоохранения государства должны инвестировать в образование. В противном случае без профессионально подготовленных и молодых кадров здравоохранения достижения медицины могут стать недоступными для людей, нуждающихся в них (WHO, 2006).

Одна из серьезных проблем в современных региональных системах здравоохранения – это их неспособность привлечь и удержать молодых медицинских работников (Fabian, С., 1995; WHO, 1999). В России ситуация в обеспечении кадрами отрасли здравоохранения в последнем десятилетии значительно ухудшилась (Зурабов М.Ю., 2007). Причем в экономически развитых странах ситуация так же далека от идеальной (Перфильева Г.В., 2007). Во Франции доля врачей в возрасте до 40 лет в 1985 г. составляла 55 %, однако к 2000 г. их число снизилось до 23 %. Опрос, проведенный в Великобритании, показал, что около 40 % медработников в настоящее время в возрасте свыше 50 лет, следовательно, они уйдут на пенсию в ближайшие 10-15 лет (WHO. Regional Office for Europe, 2006).

Для подготовки высококвалифицированных профессионалов – руководителей ЛПУ, труд которых необходим для эффективной реализации региональных программ модернизации отрасли в масштабах района, региона или всей страны, нужна специальная система образования, предусматривающая тесное взаимодействие академических кругов с практическими учреждениями (Егоршин А.П., 1999).

Социально-экономические причины изменений в системе медицинского образования. Социально-экономические и политические события, произошедшие на Дальнем Востоке России на рубеже XX-XXI веков, стали причиной деградации семьи и формирования весьма неблагоприятных демографических тенденций – резкого уменьшения числа родившихся, повышения числа умерших, отрицательного естественного прироста населения (Киселев С.Н., 2006). Низкие показатели рождаемости, относительно высокая перинатальная смертность, рост распространенности хронических болезней и детской инвалидности в России в значительной степени определяют величину репродуктивных потерь, негативно влияющих на развитие общества (Баранов А.А., 2005; Spencer N., 2000). Эти негативные процессы соответствующим образом повлияли на ка-

чество жизни абитуриентов медицинских вузов Дальнего Востока (Дьяченко В.Г. с соавт., 2001).

В период обучения в высшей школе студенты испытывают воздействие целого комплекса средовых факторов, негативно влияющих на состояние их физического, психического и репродуктивного здоровья. Изменение стереотипа окружения, возрастание психологической нагрузки, дезориентация в обществе, особенно на начальном этапе обучения в вузе, приводят к стрессовому напряжению у студентов (Пчелина И.В., Дьяченко В.Г., 2004; Семенов С.Н., 2006). В связи с этим, на систему образования в целом и вузы, в частности, как на государственную структуру, обеспечивающую социальное развитие личности, помимо специальных задач ложится и задача сохранения физического, психического и нравственного здоровья будущих специалистов (Гурманчук И.Е., 2006). При этом, высшее профессиональное образование занимает последнюю ступеньку в структуре общественного воспитания личности, являясь важнейшим институтом формирования образованной, квалифицированной, культурной и интеллектуальной элиты государства (Григорьев Ю.И., 2007).

Вместе с тем, в условиях продолжающегося социального расслоения, отсутствия у молодых граждан равных шансов на получение образования, достойной работы, медицинских, социально-бытовых и других услуг нарастает неудовлетворенность жизнью, апатия, увеличивается количество стрессов (Герасименко Н.Ф., 1997; Вялков А.И., 2002), что вызывает проблему дезадаптации личности в обществе и ряд негативных явлений в молодежной среде (Володин Н.Н., 2000). Вполне естественно, что проблемы охраны здоровья будущих врачей тесно связаны с национальной системой образования и, довольно часто, имеют региональный оттенок (Шевченко Ю.Л., 2001; Щепкина Е., 2002; Калининская А.А., Дзугаев А.К., Чижикова Т.В., 2009).

Расширение географии образовательных услуг воспринимается многими вузами Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР) сегодня как выгодные быстро окупаемые инвестиции. Вузы стран-экспортеров образовательных услуг, таких как Республика Корея, Япония, США, Австралия и др., имеют все ресурсы для конкуренции с Российскими медицинскими вузами.

В частности, Китай стремится обеспечить присутствие иностранных вузов на своей территории и при этом обезопасить национальные вузы. Китай обязуется частично открыть странам ВТО образовательные услуги разных уровней и разрешить учреждать различные формы собственности (Берлин Е., Сашин К., 2003). Такие программы контролируются государством: требуется признание не только местных органов управления образованием, но также и Министерства просвещения, регулируются специальным законодательством (Чжоу Маньшэн., 2007). За последние 15 лет удалось создать гибкую и прозрачную нормативную базу для решения вопросов учреждения, аттестации и управления совместными образовательными программами (Uroda A., 2006).

Отличительной особенностью подготовки медицинских кадров как одной из разновидностей ресурсов в системах здравоохранения различных стран АТР

является их высокая стоимость, что связано с затратами на их профессиональную подготовку и оплату труда. По данным Всемирной организации здравоохранения до 70 % средств, выделяемых на здравоохранение, тратится на покрытие этих расходов (Altenstetter С., 1987; Aguilar S., 1993; Altenstetter С., 2001; Department of Health., 1999). В этой связи следует отметить, что в отличие от стран «большой семерки», Россия в ее сегодняшнем экономическом положении по ряду показателей отстает от экономически развитых стран мира. Например, соотношение индекса развития человеческого потенциала в России и экономически развитых странах составляет 0,747 и 0,932.

Следует отметить, что расходы наших соседей по Азиатскому Северо-Востоку на образование значительно ниже, чем в США и сопоставимы с расходами России в большей мере. Так, плата за обучение в корейских вузах сравнительно невелика (от \$1 500 до \$4 500 в год), причем в Южной Корее не существует прямой связи между престижностью университета и размером платы за обучение в нем. Скорее наоборот: обучение в частных университетах, которые по престижности уступают государственным, стоит примерно в два раза дороже (в среднем \$3 000 против \$1 500). Американская идея о том, что любое образование, в том числе и медицинское, является товаром, и чем оно лучше, тем больше за него следует требовать денег, в странах АТР не прижилась (Боревская Н.Е., 2000; Хонъ Тусынъ, Ку Хэгын, 1993; Ким Кенъдонъ, 1993).

Особенностью организационных моделей высшего медицинского образования в странах Восточной Азии была крайняя динамичность в сочетании с национальными традициями (Ху Цзиньтао, 2003). Вообще же крайне уважительное отношение к медицине было характерно для народов всех азиатских стран с давних времен. Отношение это не было, разумеется, результатом некоей особой врожденной любознательности корейцев, японцев, китайцев или вьетнамцев. Сформировалось оно на вполне материальной основе. Хотя общества этих стран претерпели за последние столетия огромные изменения, отношение к образованию в целом осталось прежним (Мин Юнсик, 1995).

По мере приобретения опыта преподавания в высшей медицинской школе Дальнего Востока России мы отчетливо ощущаем, что вопросы медицинского, а вероятно и не только медицинского образования и подготовки кадров для высшей школы далеки от совершенства. Прежде всего, это связано с тем, что вся система получения знаний, к сожалению, построена на приверженности к определенным догмам (Смирнов Ф., 2005; Комаров Ю.М., 2009). Не формируется потребность самостоятельного нахождения нужного с точки зрения здравого смысла или с точки зрения эффективности решения. Все реже и реже сама по себе система обучения стимулирует процесс мышления, умение думать и анализировать (Дьяченко В.Г. с соавт., 2001; Гули Люсюэшэн Хуэйго, 2004).

В последнее десятилетие было предпринято немало попыток достичь более оптимального соотношения в обеспеченности медицинскими кадрами между городом и деревней, между врачами-специалистами и врачами общей практики, между больницами, поликлиниками и другими лечебно-

профилактическими учреждениями (Global Education Digest., 2006). В странах с централизованным планированием экономики вопросы распределения медицинского персонала в наиболее нуждающиеся регионы решаются в административном порядке (Whitcomb M.E., 1995). На Кубе, например, врачи-выпускники должны два года проработать в сельской местности, при этом врач не может вернуться в город до тех пор, пока ему на смену не прибудет другой молодой специалист. Подобный подход гарантирует непрерывное обеспечение медицинской помощи в сельских районах. Интеллигенция насильно выселялась в сельскую местность во время культурной революции в Китае в 1966–1976 гг. До получения дипломов выпускники высших медицинских учебных заведений некоторых стран Латинской Америки должны проработать определенное время в социальной сфере в наиболее нуждающихся регионах. Как правило, этот срок составляет от 6-ти до 18-ти месяцев (Goodman D.C. et al., 1996).

Высшая медицинская школа региона в рыночных условиях. Несмотря на то, что большинство медицинских служб принадлежат местному уровню, учреждения высшего медицинского образования подчиняются МЗ РФ, т. е., федеральной исполнительной власти (Овчаров, В.К., 2002). Поэтому обеспечение врачами почти полностью контролируется и финансируется на федеральном уровне, в то время как большая часть рабочих мест находится на самом нижнем уровне системы власти, которая фактически не может влиять на процессы, происходящие наверху (Огорелков Б., Ерунов В., 1992; Олдермен Д., 2001; Пальцев М., 2001). По мнению некоторых специалистов, МЗиСР РФ и влиятельное лобби медицинских отечественных медицинских ВУЗов помогают поддерживать высокое число студентов-медиков, создавая кризис перепроизводства медицинского персонала с высшим образованием, часто не ориентируясь на нужды непосредственных работодателей (Перфильев Г.М., 2007).

Отмена системы обязательного распределения выпускников медицинских Вузов привела к ситуации, когда был нарушен поддерживавшийся в СССР баланс, при котором 80% выпускников заняты в терапии (в их число не входят педиатры, дантисты и другие), 10% в хирургии и 10% в акушерстве и гинекологии (Преображенская В.С., Зарубина А.В., 2002). Несмотря на введение платного обучения, большая и лучшая часть абитуриентов успешно сдает вступительные экзамены и получает бюджетное финансирование, впоследствии, однако, становясь специалистами узкого профиля (Сыстерова А.А., 2008). Некоторые из лучших студентов находят работу в частном секторе и государство не может восполнить затраты, направленные на их обучение (Прошляков В.Д., Яковлева Н.В., Варламов С.А., 2003).

Одним из центральных векторов развития Дальнего Востока России в настоящее время является научно-технический прогресс, основывающийся на информационно-телекоммуникационных технологиях. Во многих странах АТР составной частью планов модернизации производства медицинских услуг и создания новых технологий оказания медицинской помощи населению стано-

вятся вопросы повышения образовательного уровня и переподготовки кадров (Онищенко Г.Г. с соавт., 2001, 2002). Подобные тенденции не могут не влиять на систему национального медицинского образования.

В обзоре политики стран-членов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в области высшего образования подчеркивается: «Все больше и больше образование воспринимается в качестве ключевого фактора экономического развития» (Global Education Digest, 2006). В связи с увеличением потребности в получении медицинского образования среди молодежи из различных социальных слоев и спроса на квалифицированных специалистов, системе высшего медицинского образования ДФО приходится устанавливать новые формы связи между отечественными и зарубежными образовательными структурами, а также между сферами производства медицинских услуг (Семенов, С.Н., 2007; Ли Цинган, 2001; Чжоу Юаньцин, 2001). Поэтому сегодня уже можно говорить о том, что высшее образование в АТР постепенно трансформируется из закрытой системы в глобальную индустрию обучения и повышения квалификации, которая некоторыми учеными оценивается в 27 млрд долл. США (Сидоров П.И., 2003; Олдермен Д., 2001).

В последние десятилетия ведущие страны мира приступили к осуществлению преобразований своих систем медицинского образования, порой выливающих в глубокие и многоплановые реформы, поскольку социально-экономические изменения в обществе задают новые параметры функционирования систем образования и одновременно ставят перед ними новые задачи (Сыстерова, А.А., 2007; Altenstetter С., 2001; WHO Observatory, 2005). Преобразований и нововведений в таких условиях просто не избежать. Опыт показывает, что гораздо легче разрабатывать реформы, чем их осуществлять. Практически в любой стране их реализация осложняется двумя факторами: недостатком ресурсов и отсутствием механизмов, способных запустить реформы в действие (Chernichovsky D., Potapchik E., 1997; Twigg J.L., 1999; WHO, 2003).

Болонский процесс придал дополнительный импульс к отмене сохранившихся в отдельных странах двухуровневых структур научных степеней, в частности в таких странах, как Австрия и Германия. Ранее такие изменения были приняты в странах Восточной Европы и Балтии (Klazinga N., 2000; Sutherland K., Leatherman S., 2006). Происходит отход от формулы управления докторскими программами централизованным национальным органом и позиционирование их как части университетской деятельности, в том числе и по аспекту присуждения ученой степени (Hyerman J. et al., 2006). Параллельно формируется введение новых, преимущественно децентрализованных механизмов и процедур обеспечения качества образования. В их основе: самооценка; внешний, желательно международный, аудит качества; аккредитация независимыми организациями, публичность всех процедур и результатов оценки качества; обеспечение прозрачности управленческой и финансовой деятельности вузов; переход к реализации концепции «управление качеством образования» (Wilson R.M. et al., 1999). Внедряются новые инструменты организации отдельных на-

правлений функционирования высшего образования. Так, накопительный переводной кредит приходит на смену академическим часам при учете выполненной учебной нагрузки. Вводится единое для всех стран Европы «Приложение к диплому», обеспечивающее эффективное их признание (Rosenmoller M., McKee M., Baeten R., eds., 2006). Осуществляются изменения в содержании образования, в первую очередь, с учетом интересов работодателей.

Формирование генерации кадровых ресурсов здравоохранения имеет отдаленную и, следовательно, относительно слабую связь с результатами деятельности систем здравоохранения. ЕРБ ВОЗ для преодоления этих негативных моментов в подготовке и управления кадрами отрасли здравоохранения сформировало несколько рекомендаций. В частности, обучение работников здравоохранения должно стать одной из ключевых составляющих реформы систем здравоохранения (EU., 2006; Ministers of Foreign Affairs et al., 2007). Эта деятельность должна быть тесно связана с другими функциями здравоохранения, необходимо создать более динамичные и прямые каналы обратной связи между учреждениями, оказывающими медицинские услуги, и образовательными учреждениями, где работники получают медицинское образование и повышают свою квалификацию (Mooney H., Donnelly L., 2007). Кроме того, следует приложить огромные усилия для совершенствования подготовки персонала, для этого, во-первых, разрешение готовить новые кадры для системы здравоохранения должны получать только компетентные учебные заведения, во-вторых, необходимо проводить оценку качества программ подготовки и, наконец, гармонизировать структуру, чтобы аналогичные дипломы подразумевали аналогичные знания и навыки (Simoens S., Villeneuve M., Hurst J., 2005). И вновь требуются международные усилия по решению финансовых и координационных вопросов.

Особое внимание следует уделять подготовке менеджеров и других работников системы здравоохранения, например экономистов. Назрела необходимость ввести элементы менеджмента в плановую подготовку медицинских работников, а также содействовать подготовке менеджеров в области здравоохранения (Population Ageing, 2002). Все вышеуказанное должно служить дальнейшему совершенствованию подготовки квалифицированных кадровых ресурсов здравоохранения, причем этот процесс должен быть динамичным, то есть способным адаптировать специалистов к изменяющейся среде благодаря непрерывному их обучению и оправдывать растущие ожиданиям общества (Dubois C.A., McKee M., Nolte E., eds., 2006; Dumont J.C., Zurn P., 2007).

Адаптация отечественной системы медицинского образования, по нашему мнению, требует продуманной и последовательной политики, чтобы избежать, особенно на начальном этапе, снижения качества подготовки специалистов. Не следует забывать и то, что отрасль здравоохранения Дальневосточного региона испытывает дефицит специалистов общего профиля – врачей общей (семейной) практики.

Анализ изменений, происходящих в отечественном здравоохранении, позволяет прогнозировать вероятные сценарии трансформации высшего медицинского образования. Следует отметить, что разработка концепции реформирования региональной системы медицинского образования на современном этапе – это весьма актуальная и трудоемкая задача. Ее решение будет способствовать повышению эффективности подготовки квалифицированных специалистов-медиков в соответствии с реальными потребностями рынка труда (Гончаренко В.П. и др., 1999). Концепция должна исходить из предпосылок, полученных на основе анализа социально-экономического развития территорий Дальнего Востока России; прогноза занятости населения и потребности учреждений системы здравоохранения в трудовых ресурсах на региональном и муниципальном уровнях; анализа показателей выпуска и оценки профориентационной направленности выпускников общеобразовательных школ региона; анализа динамики среднегодовой численности населения по возрастным группам; изучения соответствия уровня квалификации выпускников образовательных медицинских учреждений – специалистов общего профиля потребностям рынка труда системы здравоохранения (Пчелина И.В., Дьяченко В.Г., 2004).

Исходя из требований рынка труда выпускник современного регионального медицинского вуза должен: получить развернутое академическое образование и быть способным практиковать в основных областях клинической медицины; быть способным работать в системе здравоохранения совместно с другими врачами-клиницистами; должен иметь хорошие коммуникативные навыки; быть готовым совершенствоваться в течение всей жизни и продолжать профессиональный рост; быть способным работать, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических навыков (Кузьменко М.М., 1996; Khaliq A.A. et al., 2005; HLG/2006/8 FINAL).

Для улучшения качества подготовки специалистов перед российскими медицинскими вузами стоят также задачи повышения технической оснащенности учебного процесса современными компьютерными технологиями, выработки совершенно новых подходов к преподаванию, разработки современных методических пособий, введения системы дистанционного обучения и т. д. (Щепин О.П., Купеева И.А., Щепин В.О., Какорина Е.П., 2007; Nyerman J. et al., 2006).

На сегодняшний день практически ни в одном медицинском вузе региона система дистанционного обучения эффективно не работает, правда, некоторые вузы уже вплотную подошли к решению этой проблемы. Если рассматривать более широко проблему качества подготовки именно медицинских специалистов, то она упирается в ряд специфических особенностей. Например, остановимся на такой важнейшей проблеме, как обеспечение педагогического процесса в медицинских вузах клиническими базами, в полном объеме оснащенными современным оборудованием и аппаратурой для диагностической и лечебной работы. Высокие рейтинги имеют преимущественно те медицинские вузы Рос-

сии, у которых есть собственные клинические базы, потому что такие базы – основа качественной подготовки врача.

Сегодня «Болонский процесс» в значительной мере развивается сверху вниз. Но основная проблема в том, что некоторые положения Болонской декларации неприемлемы для медицинского образования, которое имеет свою специфику. Основным камнем преткновения является введение двухступенчатого обучения. Вряд ли такой «специалист» после 3-4-х летней подготовки будет востребован практическим здравоохранением и найдет работу. Поэтому понятна обеспокоенность представителей российских медицинских вузов и руководителей МЗ РФ, которые с самого начала выступили против двухступенчатой базовой подготовки врачей (Косарев В.В., 1998; Комаров Ю.М., 1998; Здоровцов Г.И., 2000; Ефимова И.А. с соавт., 2003; Гурманчук И.Е., 2006).

Россия не одинока в своем неприятии двухступенчатой базовой подготовки врачей, поскольку в странах Европы имеется достаточно специалистов с аналогичным мнением. В Финляндии, Швеции, Дании, Польше уже принято решение не вводить двухступенчатую систему в медицинском образовании. Против двухступенчатой системы обучения врачей выступают Всемирная медицинская ассоциация, Всемирная федерация медицинского образования, Постоянный комитет европейских врачей, международные и европейские ассоциации студентов-медиков (Khaliq A.A. et al., 2005; Chen J. et al., 2006).

Как сказал генеральный секретарь Всемирной медицинской ассоциации Отмар Клойбер, двухступенчатая система в медицине не работает, и врачинедоучки не должны допускаться к лечению больных. Международная ассоциация медицинского образования и Ассоциация по медицинскому образованию в Европе приняли политическое заявление по Болонскому процессу, где выражено согласие с основными положениями Болонской декларации и поддержано включение медицинского образования в Болонский процесс (Gual A. et al., 2005; Buchan J., Perfilieva G., 2006). Но в то же время, как говорится в заявлении, в ходе реализации Болонской декларации следует учитывать специфику учебных планов и программ, а также сложившуюся нынешнюю ситуацию в медицинских школах Европы. Предлагается не вменять в обязанности медицинским вузам вводить двухступенчатую структуру обучения, по-прежнему отдавая предпочтение продолжительной по времени интегрированной одноуровневой подготовке (Sharp L.K. et al., 2002; Clay S.W., Conatser R.R., 2003; Marinopoulos S.S. et al., 2007).

На совещании ректоров медицинских образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования МЗиСР РФ с участием экспертов ВОЗ еще в 2005 основной темой обсуждения стала подготовка кадров по общественному здоровью. Это самая молодая и стремительно развивающаяся специальность в европейском регионе, которая подразумевает управление здравоохранением на популяционном уровне. Следует отметить, что, несмотря на экономический кризис, образовательные медицинские и фармацевтические учреждения системы МЗ РФ продолжают ежегодно выпускать около

22 тысяч молодых специалистов с высшим и более 70 тысяч со средним профессиональным образованием. Свыше 450 тысяч работников отрасли здравоохранения проходят ежегодно обучение на циклах повышения квалификации. В медицинских вузах осуществляется подготовка по новым, необходимым для развития отрасли, специальностям: сестринское дело (высшее медицинское образование), общая практика, экономика, клиническая психология и др., хотя в практическое здравоохранение они внедряются гораздо медленнее.

Кадровая политика здравоохранения. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире (ВОЗ, 2007), особо отмечается, что в системах здравоохранения всех стран мира наблюдается кадровый кризис. «Одна из жизненно важных составляющих работы по укреплению систем здравоохранения – это люди. Однако для привлечения в отрасль здравоохранения молодежи с высоким уровнем показателей здоровья и последующей профессиональной их подготовки необходимо затратить много времени и вложить много денег» - сказал Генеральный директор ВОЗ доктор Ли Чон-вук.

Цель кадровой политики в решении этих проблем весьма непростая. Необходимо подготовить нужных работников нужной квалификации, поставить их в нужное место и дать нужное задание, при этом сохранить гибкость в целях реагирования на кризисные ситуации, решая существующие проблемы и предвосхищая будущие события (Blitz V., 2005). Шаблонный подход в этом случае работать не будет, поскольку эффективные стратегии в области кадровых ресурсов должны соответствовать уникальным историческим условиям и ситуации каждой страны (ВОЗ, 2006).

Работники здравоохранения – люди, оказывающие медико-санитарную помощь тем, кто в ней нуждается, – находятся в центре систем здравоохранения (The management of health, 2003). Однако во всем мире кадры здравоохранения переживают кризис, от которого не застрахована ни одна страна. Результаты очевидны: это – клиники без медицинского персонала, больницы, которые не могут привлечь или удержать основных сотрудников (Dubois C.A., McKee M., Nolte E., eds., 2006). В мире существует хроническая нехватка медработников в результате десятилетий недостаточных инвестиций в их обучение, подготовку, заработную плату, условия труда и управление. Это привело к острой нехватке ключевых специалистов, росту показателей смены занятий и раннего выхода на пенсию, а также к национальной и международной миграции (Human resources, 2004). По существующим оценкам, в настоящее время в мире примерный дефицит врачей, акушеров, медсестер, фармацевтов, стоматологов и другого персонала составляет более 4 млн человек. Нехватка кадров касается не только работников практического здравоохранения (Human resources, 2005). Неудовлетворительное распределение ресурсов, неэффективное использование знаний или пренебрежение ими, а также миграция работников здравоохранения ухудшают и без того неблагоприятную ситуацию (The health workforce, 2004).

Дальний Восток России в начале XXI века, являясь зоной экономической депрессии, продолжает испытывать трудности в обеспечении трудовыми ре-

сурсами большинства отраслей хозяйства региона (Онищенко Г.Г. с соавт., 2001). Причем качество имеющихся трудовых ресурсов с точки зрения их физического и психического здоровья значительно ниже, чем в соседних странах АТР.

Амбициозные планы по поступательному экономическому развитию Дальнего Востока России «торпедировались» ранее дефицитом инвестиций в «человеческий фактор» и в развитие здравоохранения региона. Это привело к тому, что, в течение последнего десятилетия наблюдается рост заболеваемости практически во всех группах нозологий, особенно высоки темпы прироста по болезням системы кровообращения, болезням костно-мышечной системы, травмам и отравлениям (Регионы России, 2007–2011). На этом фоне наблюдается рост временной нетрудоспособности и инвалидности. Как следствие негативных процессов состояния здоровья населения региона, показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин в ДФО в целом составил всего 56,2. Предварительные данные изучения состояния здоровья трудовых ресурсов системы здравоохранения, как основы медицины региона показывают, что состояние здоровья медицинских работников ниже, чем у дальневосточников в целом (Таенкова О.Н., Топалов К.П., 2008).

Относительные же показатели обеспечения кадрами ЛПУ субъектов РФ ДФО в начале XXI века должны внушать оптимизм – от 36,4 до 81,0 должности врача на 10 тыс. населения, поскольку в России в целом этот показатель составляет 42,7 на 10 тыс. (Регионы России, 2008), но это касается относительных показателей числа врачебных должностей на 10 000 населения. При более пристальном взгляде на этот показатель, с точки зрения обеспечения на 10 000 населения физическими лицами практикующих врачей, последний уменьшается почти в два раза.

Следует отметить, что в оценку реальной ситуации по обеспечению систем здравоохранения территорий ДФО вмешиваются разные подходы. Так, по официальной статистике учитывается количество штатных (плановых) должностей и, как правило, не учитывается уровень их обеспечения физическими лицами. Так вот в ЛПУ Дальнего Востока России обеспеченность штатных должностей отрасли здравоохранения физическими лицами колеблется от 45,7 % до 69,5 %. Такие оценки еще более «жестко» подкрепляют наше мнение об иллюзорности количественных преимуществ региона по обеспеченности врачами. Если в ближайшие годы кадровая ситуация не изменится, то регион может столкнуться с тяжелой проблемой острого дефицита врачей.

Кроме того, при системном анализе обеспеченности кадрами ЛПУ ДФО бросаются в глаза значительные структурные диспропорции, которые заключаются в том, что «львиная» доля врачебных кадров концентрируется в областных/краевых ЛПУ, а уже на уровне муниципальных поликлиник этих же городов ощущается недостаток квалифицированных врачей. Но самый острый кадровый дефицит сформировался уже более 10 лет назад в ЛПУ районных центров, сельских участковых больницах и врачебных амбулаториях Дальнего

Востока России (Дьяченко В.Г., Пригорев В.Б., 2003). В результате, многие ЛПУ в сельских и отдаленных северных районах региона в 2000–2012 гг. или заменили, или на грани замены участков врачей фельдшерами, что отбрасывает провинциальную медицину по уровню качества и доступности квалифицированной помощи населению на 20-30 лет назад.

Подготовка и повышение квалификации специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в России осуществляется в 47-ми вузах, 4-х медицинских академиях последипломного образования, 4 институтах усовершенствования врачей и на 52 факультетах повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов при медицинских (фармацевтических) вузах. В системе профессиональной переподготовки и повышения квалификации ежегодно обучается около 180 тыс. специалистов отрасли, в том числе в учреждениях профессионального дополнительного образования – 64,2 тыс. человек, на факультетах усовершенствования врачей и провизоров – 115,1 тыс. (Денисов И.Н., 2004)

В настоящее время в России подготовка специалистов с высшим медицинским образованием проводится на шести основных факультетах: лечебно-профилактическом, медико-профилактическом, педиатрическом, стоматологическом, химико-фармацевтическом и высшего сестринского образования. Непрерывность обучения и необходимость перехода медицинского образования к международным стандартам предусматривают совершенствование системы подготовки студентов (Сыстеровая, А.А., 2007).

После окончания вуза выпускник может избрать «узкую» специальность, обучаться которой будет от 1,5 до 2 лет. Учебные программы подготовки ориентированы на обучение врача общей практики (семейного врача). После окончания института обучение может быть продолжено в клинической ординатуре и аспирантуре. Однако образование врача с получением диплома не заканчивается (Смирнов Ф., 2005). Последипломное образование осуществляется по двум направлениям – специализация и усовершенствование. Усовершенствованию подлежит каждый врач в среднем через 5 лет работы. Проводится оно на базе институтов усовершенствования и факультетов усовершенствования при медицинских вузах. Действует система сертификации специалистов и лицензирование работ и услуг. Развивается система аттестации на получение квалификационных категорий. Совершенствуется система приема в медицинские вузы на основе целевых заказов. Территории сами определяют объемы подготовки специалистов (Дьяченко В.Г., Пчелина И.В., 2003; Сидоров П.И., 2003; Семенов С.Н., 2006).

Вместе с тем, в общий перечень проблем здравоохранения в последние годы добавилась еще одна, на которую ранее просто не обращали внимания – это проблема здоровья (Косарев В.В. с соавт., 2009) и качества жизни медицинских работников (Новик А.А., Ионова Т.И., 2002). Согласно рекомендациям ВОЗ (Ware J.E., 1993), качество жизни определяется как индивидуальное соот-

ношение положения индивидуума в жизни общества, что весьма важно для медицинских работников.

Существовавшая в СССР до начала 1990-х годов кадровая политика была прерогативой государства, строилась и регулировалась им на основе планирования и управления подготовкой специалистов, распределением и трудоустройством выпускников медицинских вузов (Дмитриева Т.Б. с соавт., 1998), спросом и удовлетворением потребностей населения в медицинской помощи (Демуров Т.Н., Дзукаев О.А., 2000).

Данные анализа свидетельствуют о неоднозначной позиции различных специалистов в отношении реализации кадрового дисбаланса. Логичным решением проблемы считают восстановление распределительной функции государства (Апазов А.Д., 2001, Майбуров И., 2002), т. е. введение обязательного распределения выпускников вузов, обучающихся за счет бюджета. По мнению П.И. Сидорова (2003), правовым механизмом влияния на ситуацию возврата целевых студентов является усиление экономической составляющей договорной подготовки: отказ от работы по распределению должен сопровождаться механизмом возврата средств, потраченных государством.

В странах с рыночной экономикой, например в США, действуют модели, основанные на принципе материальной заинтересованности. В рамках правительственной программы «Национальный корпус здравоохранения» студентам-медикам оказывается материальная помощь для оплаты учебы при условии, что после окончания университета они отработают определенное количество лет в регионах, выбранных по усмотрению государственных органов. Децентрализация укомплектования регионов медицинскими кадрами и передача средств на оплату врачей в местные бюджеты используется в Бразилии (провинция Сан-Паулу), что позволяет привлекать врачей в отдаленные деревни путем предложения им более высокой заработной платы и всевозможных льгот (В. Дегейндт, 1997).

Выбирая тот или иной путь решения кадровой проблемы, необходимо учитывать социально-экономическую ситуацию в стране в целом и регионе, в частности, оптимальное соотношение побудительных мотивов, способствующих привлечению персонала, созданию необходимых условий для работы и повышению качества услуг, престижность профессии, а также социальный статус и качество жизни врачей.

С точки зрения формирования тенденций в системе здравоохранения ДФО на ближайшие годы, имеет значение анализ динамики должностей врачей и формирование тренда до 2015 года в наиболее населенных субъектах РФ ДФО. Это, прежде всего, Республика Саха (Якутия), Приморский и Хабаровский края и Амурская область, имеющие высшие медицинские учебные заведения (рис. 56).

При проведении этого анализа с 1970 по 2009 гг. выявлен устойчивый тренд по росту обеспечения систем здравоохранения региона должностями

врачей как в целом по ДФО, так и в вышеуказанных субъектах РФ. В настоящее время (2012 г.) в ДФО число врачебных должностей на 10 тыс. населения (53,4) более чем в 1,5 раза превышает аналогичный показатель экономически развитых стран (31,7) и в меньшей мере средний показатель по России (43,3).

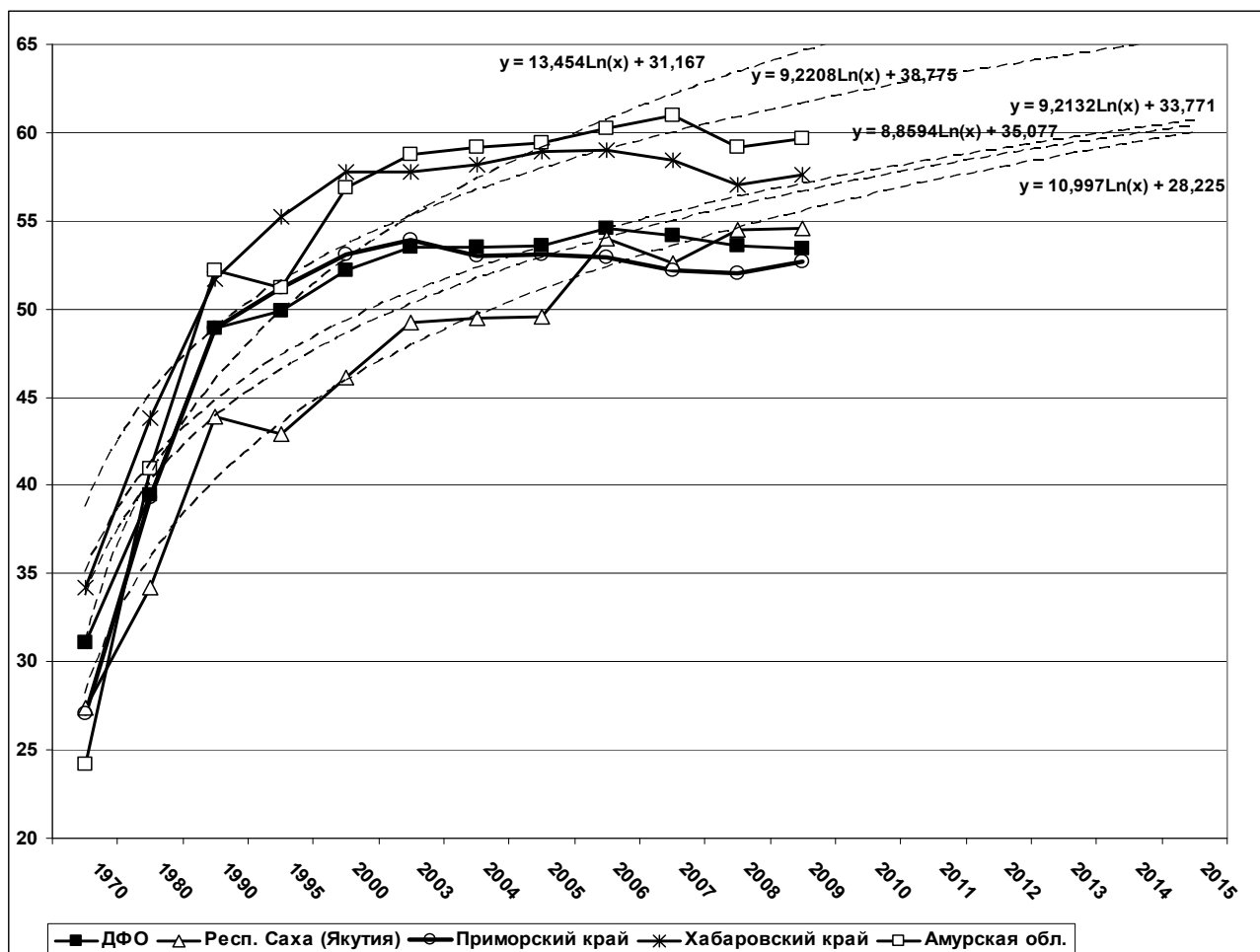


Рис. 56. Многолетняя динамика обеспечения систем здравоохранения ДФО врачебными кадрами (1970–2009 гг.) и прогноз до 2015 г.

В то же время проведенный ситуационный анализ врачебных кадров ДФО показывает серьезные структурные диспропорции. В частности, более трети врачей региона достигли пенсионного возраста, значительное число врачебных кадров концентрируется в областных/краевых больницах, в то время как на уровне муниципальных ЛПУ этих же городов ощущается их дефицит. Соотношение участковых врачей в ДФО по отношению к врачам – узким специалистам составляет 1:7, в России в целом 1:6, в экономически развитых странах – 1:3. В этой связи, устоявшееся мнение региональных чиновников о том, что в субъектах РФ ДФО сформировался высокий уровень обеспеченности ЛПУ медицинскими кадрами и вакансии на рынке труда заполнены, не выдерживает критики.

С другой стороны, существует еще одна серьезная проблема – это относительный дефицит средних медицинских работников. Так, соотношение врачей с медицинскими сестрами в ДФО составляет 1:1,9 (2012 г.), в России в среднем 1:2,3, в странах Европы это соотношение – 1:3,1, а в США – 1:6,5. В конечном итоге в реальной практике в ЛПУ территорий ДФО около 20 % своего рабочего времени врачи выполняют функции среднего медицинского персонала, как правило, в ущерб своим основным должностным обязанностям.

Система подготовки врачебных кадров для ЛПУ ДФО. Подготовкой кадров специалистов высшего звена в здравоохранении на Дальнем Востоке России занимается 5 медицинских вузов: г. Благовещенск – Амурская государственная медицинская академия; г. Владивосток – Владивостокский государственный медицинский университет; г. Хабаровск – Дальневосточный государственный медицинский университет и Институт подготовки специалистов здравоохранения минздрава Хабаровского края; г. Якутск – медицинский институт Якутского государственного университета. Анализ приема–выпуска студентов медицинских вузов ДФО с 2005 по 2012 гг. показывает, что в целом наблюдается снижение этих показателей. Так, на первый курс в 2005 году было принято 1 560 студентов, а выпущено – 1154. Через четыре года, т. е. в 2009 году, на первый курс принято 1 560 студентов, а выпущено 1 250 (табл. 50).

В 2012 году, несмотря на экономический кризис и сложности с формированием федерального бюджета РФ на первый курс медицинских вузов региона было принято 1 460 студентов. Это указывает на то, что принципиального ограничения набора в медицинские вузы региона не существует.

В то же время, по данным проведенного нами анализа в ДФО к 2005 году сформировалась тенденция, когда, несмотря на экстенсивный характер целевой подготовки врачей и провизоров в медицинских вузах Дальнего Востока России (до 80 % от общего количества), доля «целевых» студентов, окончивших вуз и вернувшихся на «малую родину», составляет всего 15-20 %, а уровень отсева, т. е. число лиц закончивших полный курс обучения, колеблется в районе 25-30 % к уровню фактического набора на первый курс.

Совершенствование системы подготовки специалистов остается приоритетным направлением Концепции кадровой политики в здравоохранении РФ. Актуальность развития этого направления обусловлена потребностью здравоохранения региона в подготовке высококвалифицированных врачей, которые устойчиво функционировали бы в выбранной профессии. Отсев студентов дальневосточных медицинских вузов, текучесть медицинских кадров, неудовлетворенность части работников здравоохранения своей работой, как правило, изначально связаны с дефектами системы профориентации.

Низкий уровень профориентационной работы с потенциальными абитуриентами в сочетании с низкими темпами реформирования региональных медицинских вузов, застывших в своем развитии на уровне 80-х годов прошлого века, отрицательно сказывается на их рейтинге.

Таблица 50
Показатели приема и выпуска студентов государственных медицинских вузов ДФО (2005–2012 гг.)

№ п/п	Наименование	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.	
		прием	выпуск	прием	выпуск	прием	выпуск	прием	выпуск	прием	выпуск	прием	выпуск	прием	выпуск	прием	выпуск
1	Медицинский институт ЯГУ	304	209	498	233	233	244	274	251	280	191	221	232	195	214	186	191
2	Амурская государственная медицинская академия	351	250	352	233	365	270	300	224	300	261	308	242	322	234	321	302
3	Владивостокский государственный медицинский университет	476	387	490	425	494	414	515	484	496	477	494	426	434	414	429	412
4	Дальневосточный государственный медицинский университет	429	308	434	309	435	343	435	352	484	321	605	454	581	307	524	315
5	Всего	1 560	1 154	1 774	1 200	1 527	1 271	1 524	1 311	1 560	1 250	1 628	1 354	1 532	1 169	1 460	1 220

Особенно это касается ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», отнесенного Министерством образования РФ в октябре 2012 года к категории «неэффективных вузов». Однако, ни владельцы основных фондов, ни коллектив, ни руководство вуза не сделало выводов из сложившейся ситуации, что резко понизило уровень его конкурентноспособности на региональном рынке образовательных услуг.

Мотивационные предпочтения будущих врачей. Анализ состояния и уровня организации профориентационной работы среди старшеклассников общеобразовательных школ, учащихся медицинских колледжей и абитуриентов по данным проведенных социологических опросов показал, что в образовательных учреждениях Дальневосточного региона работа по оказанию помощи старшеклассникам в выборе профессии врача проводится не везде, поскольку более чем 51,81 % опрошенных старшеклассников и 45,32 % абитуриентов указали на то, что профориентационная работа с ними не проводилась.

Что же относительно факторов, оказывающих влияние на профессиональные предпочтения дальневосточной молодежи, то они носят комплексный характер. Из более чем 10 изученных нами факторов, на выбор вуза повлияли: совет (или желание) родителей (36,65 %), чтение специальной литературы (9,16 %), возможность трудоустройства при высокой заработной плате (8,17 %), престижность профессии врача (12,65 %), доступность оплаты за обучение (7,92 %), обучение на подготовительном отделении при вузе (5,72 %), близость учебного заведения к месту проживания (5,61 %). Тем не менее, свой профессиональный выбор 51,58 % респондентов сделали на основе личных профессиональных стремлений. В меньшей степени, выбор профессии дальневосточная молодежь планирует осуществлять при поддержке «своего человека» в нужном учебном заведении (2,73 %) или выбирать статус студента, независимо от профиля обучения (0,28 %). Среди желающих поступить в медицинский вуз преобладали девушки (74,32 %), учащиеся средних профессиональных учреждений разного пола (82,31 %), школьники из медицинских (фармацевтических) семей (57,12 %).

Причины пересмотра респондентами первоначального выбора медицинского вуза по данным опроса молодежи можно разделить на 3 основные группы.

- ✓ *Причины, связанные с трудностями процесса поступления и обучения в медицинском вузе – сложно учиться, высокая стоимость обучения, отсутствие элементарных знаний по профилирующим предметам (биология, физика, химия).*
- ✓ *Причины, связанные с профессиональной деятельностью (низкооплачиваемая работа, безразличное отношение к биологическим средам и трупному материалу, огромная ответственность, особенности работы (тяжелый труд и большая эмоциональная нагрузка).*

- ✓ *Прочие – ответы без четкой мотивации «не хочу» и «не нравится», отсутствие склонностей, призвания, социальная незащищенность врачей, особенности личности и др.*

Анализ направлений профориентационной работы показал, что ведущими среди них были следующие: знакомство со справочниками абитуриента (54,97 на 100 опрошенных), встречи с представителями будущей профессии (41,43 на 100), посещение учебных заведений в «День открытых дверей» (39,76 на 100), рассказы об особенностях профессиональной деятельности медицинских работников (27,12 на 100), экскурсии в ЛПУ (9,52 на 100), практическая деятельность в качестве младшего медицинского персонала (12,72 на 100).

Анализ информированности о предстоящей деятельности на 100 опрошенных респондентов показал следующее. Наиболее привлекательными моментами в профессиональной деятельности врача (провизора) были отмечены разнообразные ее аспекты, от общезначимых (возможность лечить людей, «нужность» профессии для общества, востребованность специалистов), до потребительских. Среди основных трудностей работы медицинского работника, по мнению опрошенных, преобладали факторы, связанные с непосредственной профессиональной деятельностью врача (67,41 %). В меньшей степени (38,42 %) респонденты акцентировали внимание на невысоком уровне оплаты труда медицинских работников, недостаточном оснащении ЛПУ технологическим оборудованием. В то же время более 33,74 % респондентов отмечали, что, в конечном итоге они затрудняются дать ответ на вопрос о своей предстоящей деятельности.

В оценке своих перспектив поступления в вуз абсолютное большинство респондентов (87,43 %) рассчитывало на уровень собственных знаний и итоги ЕГЭ, 7,98 % – на удачу, 4,27 % – на неформальную помощь родителей, 3,73 % – на прочие моменты, такие как, наличие льгот при поступлении, медаль, связи и т. п.

Проведенный в 2010 году в рамках программы исследования социологический опрос выпускников медицинских вузов ДФО позволил уточнить ряд формирующихся тенденций в мотивациях поведения будущих врачей. В этой связи хотелось бы отметить, что выпускники вуза с точки зрения структуры источников финансирования обучения весьма неоднородны (табл. 51).

Основной частью выпускников является группа студентов, поступавших по направлениям ЛПУ и обучающаяся по целевому набору на бюджетной основе (32,82±2,92 %), второе место занимают выпускники, поступавшие и обучавшиеся в рамках общего конкурса на бюджетной основе (32,43±2,91 %), третье место – студенты, обучавшиеся за счет личных средств родителей или спонсоров (31,66±2,89 %) и незначительная часть выпускников (3,09±1,08 %) обучалась за счет личных средств, т. е. студенты сочетающие учебу в вузе с работой. Анализ источников финансирования обучения выпускников показывает, что более 65 % из них обучалось за счет средств налогоплательщиков.

Следует отметить, что основная часть выпускников медицинских вузов планируют заниматься профессиональной деятельностью по избранной при поступлении в вуз специальности (табл. 52), однако первое место в предпочтении выпускников занимает работа в коммерческих медицинских учреждениях (27,41±2,77 %), на втором месте среди предпочтений выпускников находится работа в федеральных или региональных ЛПУ (22,78±2,61 %), т. е. именно там, где кадровая ситуация весьма далека от критической.

Таблица 51

Структура источников финансирования подготовки студентов медицинских вузов ДФО (%)

№ п/п	Принцип обучения	P±m
1	Обучение по целевому набору на бюджетной основе	32,82±2,92
2	Обучение в рамках конкурса на бюджетной основе	32,43±2,91
3	Обучение за счет родителей (спонсоров)	31,66±2,89
4	Обучение за счет личных средств	3,09±1,08

Таблица 52

Структура направлений планирования своей деятельности после окончания обучения выпускниками медицинских вузов (%)

№ п/п	Направление	P±m
1	Работать в коммерческих медицинских учреждениях	27,41±2,77
2	Работать в региональных (краевых, областных) и федеральных ЛПУ ДФО	22,78±2,61
3	Уехать с Дальнего Востока России в ее центральные регионы и работать врачом	20,08±2,49
4	Вернуться по месту постоянного жительства и работать в ЛПУ муниципального уровня	12,36±2,04
5	Заниматься научной деятельностью после обучения в аспирантуре (ординатуре)	8,11±1,70
6	Уехать на постоянное место жительства за рубеж и работать врачом	4,63±1,31
7	Не планирую работать врачом	2,70±1,01
8	Затрудняюсь ответить	1,54±0,77
9	Не планирую работать вообще	0,39±0,39

Третье место в рейтинге занимают 20,08±2,49 % респондентов, которые планируют вообще покинуть Дальний Восток России и работать по избранной специальности в центральных регионах России или столичных городах (Москва и Санкт-Петербург). Только 12,36±2,04 % опрошенных выпускников строят планы трудоустройства по месту постоянного жительства в муниципальных медицинских учреждениях, но по узкой врачебной специальности и желательно в стационаре. Пятое место занимает относительно небольшая группа выпуск-

ников ($8,11 \pm 1,70$ %), которые планируют продолжить образование и затем заниматься научной деятельностью, а шестое ($4,63 \pm 1,31$ %) – группа наиболее подготовленных студентов, изучающих иностранные языки (английский и реже японский), строящие планы, связанные с отъездом на постоянное место жительства за рубеж (США, Австралия, Ю. Корея и КНР). На седьмом месте выпускники вуза ($2,70 \pm 1,01$ %), которые после получения диплома врача (провизора) не планируют работать по избранной специальности и использовать полученные профессиональные знания.

Региональные особенности кадровой ситуации. Медицинские кадры, являясь наиболее ценным и значимым ресурсом здравоохранения, оказывают решающее влияние на процесс осуществления любых перемен в области охраны здоровья населения региона. Поэтому, наиболее важными направлениями развития кадровой службы следует считать установление оптимальной численности и состава персонала ЛПУ, достижение рационального соотношения различных категорий медицинских работников, их правильной расстановки, хорошей профессиональной подготовки, сертификация и аккредитация, а также внедрение систем экономического стимулирования труда и комплекса мер по оптимизации производственных отношений.

В рыночных условиях, когда в основе любой деятельности лежит получение максимальной прибыли при минимальных затратах очень легко скатиться к формированию искаженной морали в профессиональной врачебной среде. В этой связи следует отметить, что искажения морали являются наиболее опасными для любой организационной системы, а не только для системы здравоохранения. Количественные измерения в этой области сильно затруднены отсутствием общепризнанных величин, поэтому при характеристике морали медицинских работников следует использовать главным образом качественные показатели.

В условиях реализации рынка в здравоохранении ДФО наиболее деструктивное действие на кадры врачей оказывают некоторые процессы, которые характерны для частнопредпринимательской деятельности, но ростки этих процессов наблюдаются и в государственной (муниципальной) системе ЛПУ.

Прежде всего, это **деморализация**. Она проявляется в потере морали как региональным сообществом в целом, так и отдельными группами работников, в том числе и врачей. Некоторые специалисты ведут себя аморально, вне самоконтроля, который запрещает пьянство, саморазрушение, грубость и агрессию. В глазах пациента деморализованный врач не обладает ни уважением, ни авторитетом.

Другим деструктивным процессом, который угрожает врачебной среде является **деинтеллектуализация**, т. е. нежелание заниматься интеллектуальным трудом. Этот процесс превращает медицинского работника с высшим образованием (врача) в «ремесленника», потому что такой специалист прекращает творчески думать и самостоятельно анализировать свои действия. Он неспособен к самообразованию. Если среди высших медицинских кадров региона на-

чинает преобладать именно такой тип врача, то закономерным результатом является утрата интеллектуального потенциала системы здравоохранения.

Не менее важное значение в современных условиях имеет *этический нигилизм*. Отрицание норм поведения в обществе, фетишизация превосходства собственной воли над волей пациента, формирование патернализма ведут к антигуманности. Возникает угроза формирования профессиональных преступлений во врачебной среде в виде бизнеса по торговле донорскими органами, трупами, манипуляции сознанием за деньги, взяточничество и т. п. Равнодушное отношение к страданиям больного, к его страхам, нежелание относиться к пациентам внимательно и сочувственно приводят к тому, что теряется обратная связь между состоянием пациента и действиями врача по корректировке и назначению лечения. Непосредственным следствием этого является увеличение смертности и инвалидности.

В связи с тем, что показатель обеспеченности врачами является наиболее обобщенным критерием уровня медицинской помощи, то анализ его представляет особый интерес для любой региональной системы здравоохранения. Однако сопоставление и сравнение с имеющимися в распоряжении исследователей данными государственной статистики может быть объективными лишь при соблюдении ряда условий.

С одной стороны, на Дальнем Востоке России в условиях рыночных отношений продолжается рост негосударственного сектора здравоохранения, в основе которого лежит частный и акционерный капитал. С другой стороны, за последние десятилетия увеличилось число должностей врачей-специалистов в штатных расписаниях государственных ЛПУ, дислоцированных преимущественно в региональных столицах в ущерб укомплектованности должностей в учреждениях ПМСП. На распределение врачей по специальностям большое влияние оказывает организационные формы медицинского обслуживания, в частности насколько широко представлены врачи ПМСП, врачи т. н. узких специальностей, а также каково соотношение амбулаторного и стационарного секторов производства медицинских услуг населению.

Одним из наиболее сложных разделов кадровой региональной политики в отрасли здравоохранения является планирование. Эмпирические подходы к планированию, которые превалируют сегодня в регионе, ведут к ошибочным решениям, в связи с чем, достижение адекватной численности и профильной структуры медицинских работников возможно только при использовании научно обоснованных подходов на базе статистического и экспертного методов целенаправленного исследования. Планы развития кадров здравоохранения субъектов РФ ДФО должны учитывать социально-экономические, демографические, культурные факторы и этнические особенности населения. В связи с этим, требуются глубокие научные исследования в области кадрового обеспечения здравоохранения региона, результаты которых лягут в основу процесса принятия стратегических решений.

Методика определения потребности во врачах и среднем медицинском персонале в практике планирования здравоохранения ДФО развивалась и совершенствовалась с развитием планирования всех отраслей и разделов хозяйства региона. Неравномерность подготовки специалистов-профессионалов по некоторым специальностям, в том числе врачей и ряда категорий специалистов с высшим медицинским образованием, вызывалась потребностями преимущественного развития отдельных муниципальных образований. В ряде случаев эта неравномерность была следствием недостатков в планировании подготовки и распределения врачебных кадров.

В планировании подготовки и распределения врачей в течение обозримого промежутка времени сформировалось три основных направления.

Первое направление, в основе которого лежит анализ прошлых тенденций в потребности во врачебных кадрах и их подготовки, – метод насыщенности. Он заключается в установлении на планируемый период динамических или статистических показателей насыщенности, т. е. отношения числа врачей к численности населения или его отдельным контингентам, к общему числу занятых по разделу, отрасли и т. д. В исследованиях ВОЗ это звучит в виде определения «плотность врачей по отношению к плотности населения».

Второе направление заключается в использовании штатно-нормативных методов, когда на всех уровнях оказания медицинской помощи и по всем направлениям довольно жестко нормируются штатные расписания ЛПУ.

Третье направление формирует планирование и прогнозирование уровней медицинского обслуживания и на основе нормативных методов построение плана подготовки с целью удовлетворения потребности во врачебных кадрах по заданным уровням производства видов и объемов медицинских услуг населению.

При условии, что первые два методических направления в предыдущие годы сыграли важную роль в развитии регионального здравоохранения, особенно для краткосрочного планирования, их использование в настоящее время имеет ограниченное значение, поскольку в условиях рынка все большее предпочтение отдается планированию производства видов и объемов медицинской помощи с учетом ресурсного обеспечения этого производства.

Несмотря на всестороннее изучение отрицательного и положительного опыта экономически развитых стран, реализацию системы медицинского страхования в течение почти двух десятилетий, отрасль здравоохранения региона не только не преодолела отставания по вопросам охраны здоровья населения, но и приобрела новые не свойственные ей ранее проблемы. Одной из наиболее важных, является проблема подготовки, планирования, распределения и управления врачебными кадрами. Проведенные авторами в последнее десятилетие исследования позволяют выделить две группы факторов, которые оказывают решающее влияние на кадровую ситуацию в регионе – это внешние и внутрисистемные факторы (рис. 57).

Основные факторы, влияющие на формирование проблем подготовки и распределения врачей в ДФО

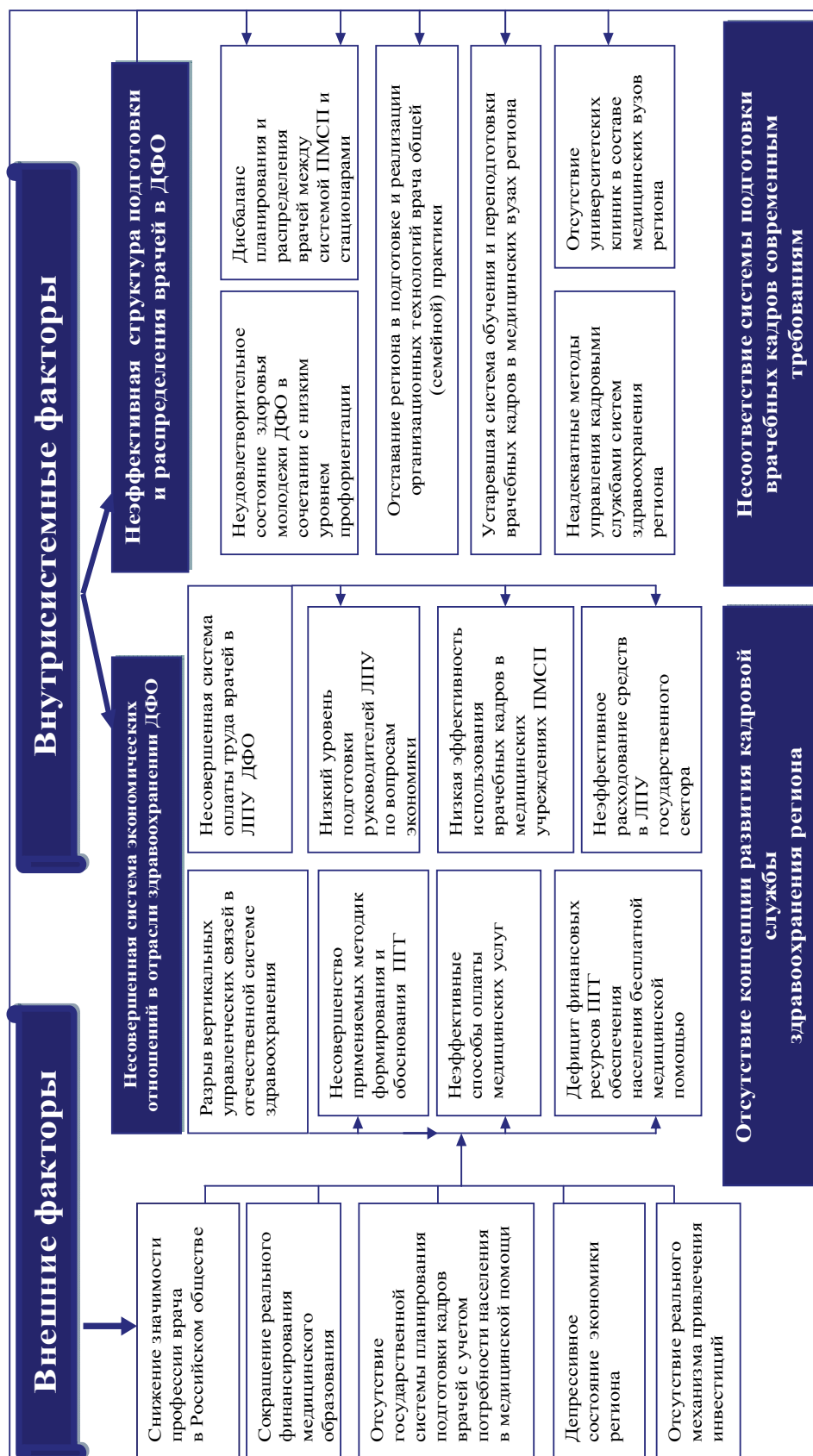


Рис. 57 Факторы, влияющие на кадровую ситуацию в отрасли здравоохранения ДФО

К внешним факторам мы отнесли:

- ✓ *снижение значимости профессии врача в современном обществе;*
- ✓ *сокращение реального финансирования;*
- ✓ *отсутствие государственной системы планирования подготовки кадров врачей с учетом потребности населения в медицинской помощи;*
- ✓ *депрессивное состояние экономики ДФО;*
- ✓ *отсутствие реального механизма привлечения инвестиций в отрасль здравоохранения.*

Что же относительно внутрисистемных факторов, то они были разделены на две группы.

- I. Первая – несовершенная система экономических отношений в отрасли здравоохранении региона.*
- II. Вторая – неэффективная структура подготовки и распределения врачей в субъектах РФ ДФО.*

Анализ внутрисистемных факторов в отрасли здравоохранения ДФО, отрицательно влияющих на кадровую ситуацию – это, прежде всего, несовершенная система экономических отношений в отрасли здравоохранения ДФО, которая в значительной мере позиционируется с разрывом вертикальных управленческих связей между ЛПУ федерального, регионального и муниципального уровня и несовершенством применяемых методик формирования и обоснования региональных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Именно эти методики не учитывают особенности оказания медицинской помощи жителям малонаселенных муниципальных районов субъектов РФ ДФО, ставя региональные системы здравоохранения в очевидно невыгодные экономические условия по сравнению с компактными регионами Европейской части России.

Дополняют несовершенную систему экономических отношений в отрасли здравоохранения ДФО следующие факторы:

- ✓ *неэффективные способы оплаты медицинских услуг;*
- ✓ *несовершенная система оплаты труда врачей в ЛПУ ДФО;*
- ✓ *низкий уровень подготовки руководителей ЛПУ по вопросам экономики и управления;*
- ✓ *низкая эффективность использования врачебных кадров в медицинских учреждениях ПМСП;*
- ✓ *неэффективное расходование средств в ЛПУ государственного сектора.*

Анализ внутрисистемных факторов в отрасли здравоохранения ДФО, отрицательно влияющих на кадровую ситуацию, позволяет нам указать на неэффективную структуру подготовки и распределения врачей, которая не учитывает сложившиеся реалии последнего десятилетия, в частности:

- ✓ *неудовлетворительное состояние здоровья молодежи ДФО в сочетании с низким уровнем профориентационной работы;*
- ✓ *дисбаланс планирования и распределения врачей между системой учреждений ПМСП и стационарными ЛПУ;*
- ✓ *отставание региона в подготовке и реализации организационных технологий врача общей (семейной) практики;*
- ✓ *устаревшая система обучения и переподготовки врачебных кадров в медицинских вузах региона;*
- ✓ *неадекватные методы управления кадровыми службами систем здравоохранения региона в условиях рынка;*
- ✓ *отсутствие университетских клиник в составе всех без исключения медицинских вузов ДФО.*

Проблемы подготовки и распределения кадров врачей. Неэффективная структура подготовки и распределения врачей в территориях ДФО тесно связана с отсутствием концепции развития кадровой службы здравоохранения региона и несоответствием системы подготовки врачебных кадров требованиям рынка труда в здравоохранении субъектов РФ Дальнего Востока России.

В бывшем СССР, например, врачи-выпускники должны были три года проработать «по распределению», при этом врач не мог вернуться в город до тех пор, пока ему на смену не прибудет другой молодой специалист. Подобный подход гарантировал непрерывное обеспечение медицинской помощи населению отдаленных северных и сельских районов страны.

В условиях рыночной экономики и изменения правовых механизмов в современной России применять систему принудительного распределения выпускников высших и средних образовательных медицинских учреждений в настоящее время нереально, хотя даже среди парламентариев периодически проявляются «рецидивы» в качестве предложений по силовому распределению выпускников. Таким образом, оптимальное распределение выпускников вузов в системе здравоохранения – достаточно сложная задача даже в том случае, если в масштабах всей страны готовится достаточное количество врачей. Медицинские кадры, как правило, сконцентрированы в относительно благополучных районах городов, а не на неблагополучных городских окраинах. В сельской местности врачей не хватает.

Оценивая «показатель достаточности» врачей ПМСП в мировой практике руководствуются следующим критерием: на 100 тыс. человек населения должно приходиться, как минимум, 30 врачей (или 1 врач первичной медицинской помощи на 3 300 человек).¹⁴ Врачи-специалисты в экономически развитых странах, как правило, имеют более высокий социальный статус и доходы по сравнению с врачами общей практики. Такого рода проблема стоит перед всеми странами, и во все времена предпринималось немало попыток достичь оптимального соотношения в обеспеченности медицинскими кадрами города и де-

¹⁴ Международная конференция «Кадровые ресурсы для медицины XXI века» Ташкент (Узбекистан) 20–24 апреля 1997 года.

ревни, между врачами-специалистами и врачами общей практики, между больницами, поликлиниками и другими ЛПУ.¹⁵

В странах с централизованным планированием экономики вопросы распределения медицинского персонала в наиболее нуждающиеся регионы решались в административном порядке. На Кубе, как и в свое время в СССР, например, врачи-выпускники должны два года проработать в сельской местности, при этом врач не может вернуться в город до тех пор, пока на его место не придет смена. Подобный подход гарантирует непрерывное обеспечение медицинской помощи в сельских районах. Имеются и другие менее радикальные примеры. Так, например, до получения дипломов выпускники высших медицинских учебных заведений некоторых стран Латинской Америки должны были проработать определенное время в социальной сфере в наиболее нуждающихся регионах, как правило, в течение одного года.

Имеются сведения об иных механизмах привлечения выпускников вузов к работе в муниципальных ЛПУ. Так в провинции Сан-Паулу в Бразилии, отдельные деревни могут привлекать врачей, предлагая им более высокую заработную плату и всевозможные льготы, в том числе, оплату жилья. Подобный подход позволил резко снизить число сельских населенных пунктов, неукомплектованных врачами. Повысилась заинтересованность и самих врачей: теперь они могут самостоятельно выбирать условия и место работы, что, в конечном счете, способствует повышению качества их работы.

Весьма похожий опыт используется в течение последнего десятилетия Республика Саха (Якутия), когда житель того или иного улуса получает целевое направление на учебу в государственный медицинский вуз России, получая при этом гарантии относительно невысоких выплат из бюджетных средств на оплату транспортных, коммунальных услуг и стипендии в рамках заключаемого соответствующего договора. После получения специальности врача у него накапливается определенная сумма задолженности в рамках заключенного договора, и если выпускник вуза не занимает оговоренного ранее рабочего места в избранном заранее ЛПУ, то приходится возвращать всю сумму средств, накопленную за семь лет обучения в бюджет. Аналогичный механизм привлечения врачей в муниципальные ЛПУ в настоящее время применяется и в других субъектах РФ ДФО.

Возможные варианты устранения диспропорций в распределении медицинских кадров непосредственно зависят от конкретной ситуации в каждом регионе. Выбирая тот или иной путь решения проблемы, необходимо учитывать оптимальное соотношение побудительных мотивов, способствующих привлечению медицинского персонала, созданию необходимых условий для работы и повышению качества услуг. Медицинские вузы могут регулировать диспропорции в подготовке различных категорий специалистов, а также в отношении

¹⁵ Оллсоп Дж., Джонс К. Управление медперсоналом в Великобритании: от саморегулирования до партнерского управления // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под ред. В.А. Мансурова. – М.: Изд-во ин-та социологии РАН, 2007.

уровня подготовки, предполагаемой заработной платы и условий работы. Рассматривая проблему диспропорций в распределении медицинских кадров, следует учитывать международный опыт, но окончательное решение можно принять только на основе социальных, политических, экономических и культурных особенностей каждого региона и даже муниципального образования.

К сожалению, даже при условии, что управляющие структуры отрасли направят в системное русло работу по нормированию кадров ЛПУ, это не решит значительной части проблем, поскольку при сохранении складывающейся ситуации в ЛПУ отдаленных северных и сельских муниципальных районов ДФО через несколько лет управлять будет некем... Примеров, когда из отдаленного северного или сельского района уезжает последний и единственный педиатр, акушер-гинеколог, хирург, анестезиолог и др., по большинству территорий ДФО можно привести немало. К сожалению, они становятся некоей региональной «нормой», а властные структуры перестают обращать внимание на кадровые проблемы отрасли здравоохранения. В то же время они постоянно призывают к соблюдению принципов равенства и справедливости, когда обсуждают вопросы доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Равенству медицинского обслуживания населения ДФО серьезно угрожают все более заметные различия в экономическом положении и развитии субъектов Российской Федерации даже в рамках одного региона, ведь они отражаются и на их возможности материально обеспечивать функционирование ЛПУ своего региона.¹⁶ Кроме того, в подобной ситуации возрастает значение частных средств (официальная и теневая оплата медицинских услуг) в финансировании производства медицинских услуг, что нарушает их доступность для малоимущих слоев населения – дети, подростки, инвалиды, и пенсионеры.

Следует остановиться и на том, что, если даже в муниципальном ЛПУ появляется молодой специалист, то это не значит, что вопросы доступности, качества и безопасности в данном учреждении будут решены, поскольку имеются нерешенные до настоящего времени проблемы качества подготовки молодых специалистов для самостоятельной работы в ЛПУ отдаленных северных и сельских районов. Это связано с несоответствием федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям отрасли здравоохранения ДФО, относительно невысоким качеством производства образовательных услуг в провинциальных медицинских вузах из-за отсутствия межкафедральных подразделений практической подготовки студентов, оснащенных современным учебным оборудованием на основании «Всемирных стандартов медицинского образования»¹⁷ и собственных университетских клиник.

¹⁶ Field M.G. «The health and demographic crisis in post Soviet Russia: A two phase development» in M.G. Field and J.L. Twigg (eds.), *Russia's Torn Safety Net*, St. Martin's Press, N.Y., 2000.

¹⁷ Всемирные стандарты WFME по повышению качества медицинского образования. Базовое высшее медицинское образование. Исполнительный комитет WFME. Dr. Hans Karle, Президент, WFME, Дания.

В этой ситуации остается только сожалеть о разнице, например, материально-технического оснащения университетских клиник более чем на 3 000 копеек и учебных аудиторий ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ¹⁸ и такого же ГОУ ВПО того же Минздрава РФ, только расположенного на Дальнем Востоке России неэффективного Дальневосточного государственного медицинского университета, который не имеет собственных клиник. Ведь нельзя сегодня серьезно считать две учебные поликлиники этого провинциального вуза, оснащенные устаревшим оборудованием даже по меркам прошлого века, стандартизованными университетскими клиниками.

Между тем ответственные сотрудники МЗ с завидной регулярностью повторяют тезис о стандартизации всех и всего. Но ведь, чтобы выпустить хотя бы «стандартного врача» необходим «стандартный» конвейер по производству образовательных услуг – медицинский вуз, кстати, стандартизованный вне зависимости от того, на каком расстоянии от столицы он расположен. Ведь по программе государственных гарантий качественная медицинская помощь должна быть предоставлена всем гражданам РФ, в том числе и жителям отдаленных провинций.

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

Существенно, что каждый субъект РФ ДФО имеет свою программу планирования трудовых ресурсов отрасли здравоохранения, в которой, в соответствии с целями и приоритетами, взаимодействуют министерство здравоохранения и министерство образования. Планирование кадровых ресурсов здравоохранения, как правило, имеет долгосрочную эволюционную перспективу. Высшими приоритетами этих программ являются: перемены в соотношении численности врачебного и среднего медицинского персонала, улучшение географического распределения и расширение круга специалистов по оказанию первичной медицинской помощи при сокращении численности врачей узкого профиля. Чтобы реализовать планируемые мероприятия, необходимо выработать инновационные формы и методы работы, но именно в этой части функционирования управляющих структур отрасли здравоохранения региона и концентрируются основные проблемы. Прежде всего, это связано с качеством кадров региональных и муниципальных органов управления здравоохранения ДФО, которые весьма приблизительно представляют себе направления реформ

¹⁸ Глыбочко П.В. Основные направления деятельности образовательных учреждений по совершенствованию подготовки медицинских кадров. Доклад на расширенном заседании коллегии «Об итогах работы Минсоцразвития России в 2010 году и задачах на 2011 год». Сеченовские вести. № 5. 01.04.2011.

(модернизации) отрасли, а уж тем более модернизацию управления кадровыми ресурсами в особых условиях рынка трудовых ресурсов региона.

Центр тяжести оценки работы медицинских вузов ДФО следует смещать с самого процесса обучения будущих врачей и провизоров на результирующий подход с акцентом на профессиональную и личностную готовность к трудоустройству в самых разных медицинских учреждениях. В этих условиях механизмы обеспечения качества становятся центральной составляющей подобного управления системой образования «по результатам». Акцент на качество высшего медицинского образования преследует цель достижения ясности, сопоставимости, удобочитаемости дипломов и степеней, признания, доверия, повышения конкурентоспособности и противодействия снижению стандартов качества медицинского образования в ДФО. Ставки в этом вопросе достаточно высоки, поскольку речь идет о повышении конкурентоспособности медицинских вузов ДФО на рынке образовательных услуг АТР.

Специфика управления образовательным учреждением обусловлена, прежде всего, тем, что подготовка врачей – это особая сфера, существенно отличающаяся от других видов деятельности. Медицинские вузы имеют специфические характеристики, которые требуют модификации общих принципов управления или изменения акцентов.

Во-первых, результатом деятельности вуза является образовательная услуга, что определяет специфический характер взаимодействия вуза с потребителями их услуг – студентами. Это, прежде всего прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания услуги. При этом, студенты – основные элементы внешней среды для вуза, и каждое взаимодействие со студентом можно рассматривать как прямой контакт с окружающей средой. Но что наиболее важно, молодой человек не является пассивным объектом, он реагирует на оказываемое на него воздействие (часто не вполне предсказуемо) и тем самым непосредственно влияет на весь процесс работы с ним, становится соучастником этого процесса.

Это, в свою очередь, находит выражение в многовариантности технологий, используемых в работе со студентами, в особой значимости этических ценностей и принципов, сложившихся в обществе, в принципиально важной роли медицинских работников в процессе оказания услуг. Отсюда вытекает сложность оценки качества и необходимости оказываемых образовательных услуг и, соответственно, результатов деятельности медицинских вузов в целом и труда их сотрудников. Это в большей степени определяет организацию управления в сфере здравоохранения.

Во-вторых, образовательные услуги относятся к социальным услугам. Это означает, что, с одной стороны, они помимо непосредственного эффекта для потребителя-студента имеют общественный, социальный эффект, а с другой – общество признает важность получения гражданами образовательных услуг. Не случайно в конституциях многих развитых стран, включая Россию, признается право граждан на получение образования.

Таким образом, среди наиболее существенных признаков медицинских образовательных учреждений, связанных с характером их деятельности и оказывающих влияние на процесс управления ими, специалисты отмечают:

- ✓ сложность определения качества и измерения результатов работы;
- ✓ высокую специализацию основной деятельности;
- ✓ потребность в тесной координации работы различных подразделений;
- ✓ высокую квалификацию сотрудников, большая часть которых выступает, прежде всего, как представители своих профессий. Имея специальные знания и опыт, руководствуясь в своей работе системой моральных норм, они стремятся к самостоятельности и проявляют лояльность прежде всего по отношению к студентам и коллегам по профессии;
- ✓ необходимость контроля со стороны администрации медицинских вузов за деятельностью преподавателей, которые непосредственно влияют на определение объема работы и, соответственно, расходов вуза;
- ✓ трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности, связанную с двойным подчинением преподавателей, существующим во многих вузах и клинических медицинских учреждениях.

При этом следует отметить, что подобные характеристики присущи организациям, существующим и в других сферах. В этом смысле медицинские вузы, может быть, и не являются абсолютно уникальными структурами. Однако особенность медицинских образовательных учреждений состоит в том, что для них характерны все вышеперечисленные признаки вместе взятые, что, в свою очередь, приводит к более интенсивному их проявлению. В настоящее время, несмотря на то, что в условиях рынка государственным медицинским образовательным учреждениям разрешена определенная коммерческая деятельность, сами по себе они относятся к некоммерческим организациям, в которых сохраняется приверженность ценностям, осуществляемым через государственный сектор.

К сожалению, в субъектах РФ Дальневосточного федерального округа реформирование отрасли здравоохранения и ее образовательного сектора идет крайне медленно. Не редко это всего лишь «имитация» реформ. До сих пор почти не сдвинулась с места реорганизация амбулаторно-поликлинической помощи по принципу врача общей (семейной) практики, продолжается быстрыми темпами разрушение сельской медицины, не идет реорганизация службы скорой медицинской помощи, большая часть ресурсов вкладывается в стационарную помощь и, особенно, в высокоспециализированные дорогостоящие ее виды и т. п. Все это формирует высокий уровень затрат на фоне снижения состояния здоровья дальневосточников. По нашему мнению для решения проблем отрас-

ли здравоохранения региона необходимо внедрение современной пошаговой модели управления подготовкой врачебных кадров в ДФО (рис. 58).

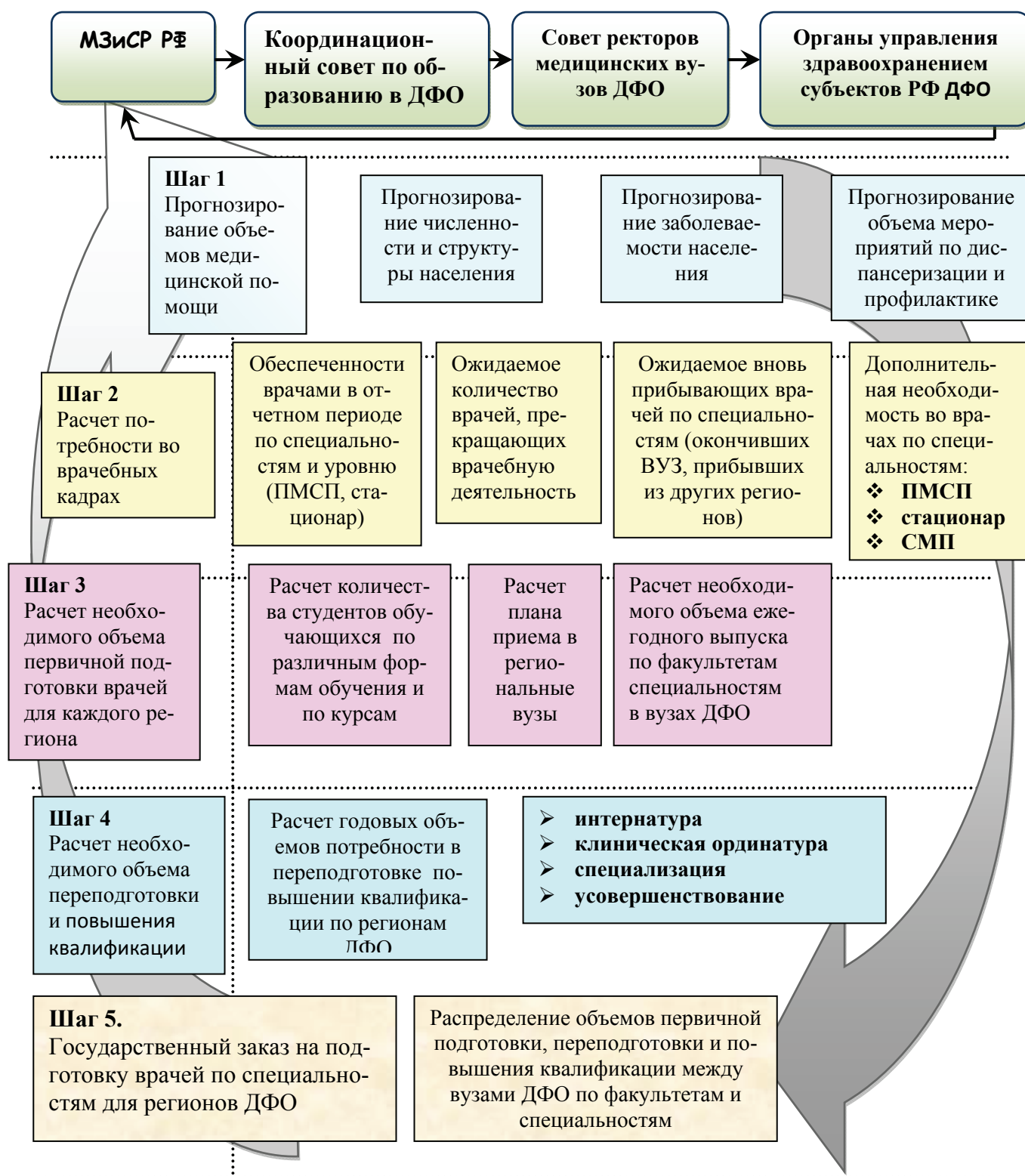


Рис.58 Модель управления подготовкой врачебных кадров в ДФО

Предлагаемая модель управления видится нами, как прообраз некоторых обоснованных шагов выхода из кадрового кризиса отрасли здравоохранения региона на среднесрочную перспективу.

Для реализации *функции кадрового планирования* необходимо рассмотреть перспективные вопросы. Вполне естественно, что первым шагом для обоснования кадрового планирования должно стать прогнозирование видов и объемов медицинской помощи исходя из демографического прогноза, прогноза уровня заболеваемости по обращаемости, инвалидности и др. на среднесрочную и долгосрочную перспективу. Этот шаг позволит рассчитать потребность в кадрах и выделить приоритеты кадровой политики.

После расчета потребности в кадрах с учетом прогноза выбытия по разным причинам специалистов из отрасли станет возможным анализ возможности региональных образовательных учреждений в погашении дефицита медицинских кадров на рынке труда в здравоохранении ДФО.

Параллельно следует сформировать планы по ежегодной переподготовке и последипломному образованию медицинского персонала ЛПУ региона. И, наконец, появится возможность рассчитать объем ежегодного заказа медицинским образовательным учреждениям региона на подготовку кадров как на дипломном, так и на постдипломном уровне. В связи с тем, что для осуществления управленческих функций потребуются специалисты, владеющие методами системного анализа, прогнозирования и управления отраслью в кризисных ситуациях, то особое место в программах модернизации отрасли должна занять подготовка специалистов по управлению ЛПУ в новых экономических условиях, особенно в рамках реализации Федерального закона № 83-ФЗ. И, наконец, не следует забывать и том, что в условиях кадрового кризиса имеется острая потребность в профессиональной подготовке руководителей кадровых служб отрасли. Национальная политика в области подготовки кадров для здравоохранения должна предусматривать подготовку руководителей и усиление менеджерских возможностей персонала на всех уровнях управления ЛПУ.

Стихийное формирование системы управления здравоохранением ДФО, отсутствие преемственности, когда смена регионального лидера (главы регионального правительства) влечет за собой тотальную или субтотальную смену «команды» – руководителей высшего и среднего звена в региональных органах управления здравоохранением, ведет к изменению парадигмы и приоритетов развития отрасли в регионе. В таких условиях на взвешенную стратегию развития кадрового потенциала отрасли на долгосрочную перспективу с учетом особенностей рынка труда рассчитывать не приходится.

Для обеспечения необходимого кадрового состава ЛПУ значительную часть ответственности за регулирование рынка трудовых ресурсов в здравоохранении берет на себя государство и его структуры, формируя т. н. целевой набор в вузы и создавая социальные преференции для медицинского персонала (социальное жилье, оплата труда по контракту и др.). Формирование основ для самоподдерживающегося развития отсталых, экономически депрессивных ре-

гионов ДФО имеет ключевое значение увеличение доходной части бюджета, а, следовательно, и рост расходов на охрану здоровья населения. Для поступательного развития здравоохранения этих территорий необходимо реализовать несколько групп мероприятий:

- ✓ *содействие развитию отрасли здравоохранения отсталых регионов должно осуществляться не за счет увеличения субсидий из государственного бюджета, а путем всесторонней помощи уже осуществленным локальным программам развития;*
- ✓ *развитие локальных инновационных систем отрасли здравоохранения в деревнях и отдаленных северных поселках посредством «закрепления» местных жителей за вузами соответствующих провинций, налаживая непрерывное обучение для всех специалистов занятых в ЛПУ ПМСП;*
- ✓ *активизация процессов роста здравоохранения регионов должна строиться на использовании собственных ресурсов и преимуществ.*

Состояние кадровых ресурсов системы здравоохранения характеризуется сохраняющейся непропорциональностью обеспечения врачебным персоналом, несбалансированностью их подготовки, серьезными проблемами в оказании врачебной помощи сельскому населению, отсутствием, в ряде случаев, необходимой квалификации кадров, а также дисгармоничностью в распределении ресурсов. Выявленные закономерности позволяют считать необходимым непрерывное совершенствование управления кадровыми ресурсами, осуществление корректирующих действий по экономическому планированию и прогнозированию численности медицинского персонала с уменьшением деформаций в балансе между врачами ПМСП и специалистами, что позволит повысить доступность услуг здравоохранения, сохранить здоровье населения Дальневосточного федерального округа.

Переход от количественного к качественному этапу в развитии региональной отрасли здравоохранения ставит своей целью взаимно увязать и гармонизировать динамику социально-экономических и производственно-технологических процессов в ЛПУ. Тем самым формируется возможность не только сократить уровень запредельной дифференциации/специализации врачебного персонала ЛПУ территориальных поликлиник, но и, в конечном счете, искоренить существенные дисбалансы и издержки избыточной концентрации врачебных кадров и материально-технических ресурсов в стационарных ЛПУ административных столиц субъектов РФ ДФО. По уровню концентрации ресурсов здравоохранения в ЛПУ региональных столиц ДФО не имеет аналогов в России.

Глава 7

Медицинское страхование на Дальнем Востоке России

Несмотря на многообразие конкретных форм охраны здоровья населения, специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно все же выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам. К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

- ✓ *отношения собственности;*
- ✓ *способы финансирования (получения ресурсов);*
- ✓ *механизмы стимулирования медицинских работников и населения;*
- ✓ *формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.*

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами. Все зависит от того, что лежит в основе классификации той или иной системы здравоохранения. Так, с точки зрения социально-политической структуры общества условно выделяют пять типов систем здравоохранения:

- 1) *классическая (неупорядоченная);*
- 2) *плюралистическая;*
- 3) *страховая;*
- 4) *национальная;*
- 5) *социалистическая.*

Сфера здравоохранения играет важную роль в большинстве стран мира. В странах Запада расходы на здравоохранение составляют от 6-ти до 15-ти процентов ВВП, а занятость в сфере здравоохранения составляет от 5-ти до 10-ти процентов от общего числа рабочей силы. Эти цифры имеют решающее значение для услуг, оказываемых здравоохранением, а также для производства, экспорта и импорта различных товаров медицинского назначения. Они также оказывают важное влияние на развитие других сфер жизни. Здравоохранение является частью национальной культуры и, имея отношение ко всему обществу в целом, несет в себе важную политическую проблему в большинстве стран мира.

К 70-м годам XX века в России была сформирована, в основном, сеть и структура органов и учреждений здравоохранения и подготовлен кадровый потенциал, способный, в рамках государственной системы здравоохранения, обеспечить решение поставленных задач – оказывать населению бесплатную, общедоступную, квалифицированную медицинскую помощь в полном объеме, с учетом потребности населения и применяемых в тот период времени медицинских технологий. Была создана также сеть высших и средних образовательных и научных медицинских учреждений, медико-технических и фармацевтических организаций, призванных обеспечить функционирование системы здравоохранения.

Однако этой системе здравоохранения, как и всякой государственной системе, были свойственны существенные недостатки:

- 1) *экстенсивный характер развития, приводящий зачастую к неадекватному развитию сети и кадрового потенциала;*
- 2) *недостаточное финансирование и связанная с этим слабая лечебно-диагностическая база медицинских учреждений и чрезвычайно низкий уровень заработной платы медицинских работников;*
- 3) *отсутствие экономических форм управления отраслью, не позволяющие оптимизировать использование имеющихся ресурсов;*
- 4) *чрезмерная централизация управления и ограничение прав руководителей органов и учреждений здравоохранения;*
- 5) *отсутствие действенных механизмов защиты прав пациента.*

В связи с этим, к началу 80-х годов XX века сложившаяся в России система здравоохранения по существу исчерпала свои возможности развития и совершенствования в рамках существовавших норм и правил. Проводимые в этот период социологические опросы населения показали, что накапливалось недовольство качеством, условиями получения и доступности медицинской помощи. Повсеместно наблюдались очереди на прием к специалистам поликлиник и на госпитализацию в стационары. Попытки изменить положение дел, оптимизировать использование имеющихся ресурсов привели в середине 80-х годов XX века к разработке в СССР осторожных попыток к внедрению так называемого «нового хозяйственного механизма» (НХМ) в здравоохранении.

Однако ликвидация союзного государства и последующий развал страны, расстрел собственного парламента тогдашним президентом РФ Б.Н. Ельциным, последующая реализации «либеральных экономических реформ» перечеркнули надежды разработчиков НХМ на его реализацию. К сожалению, в идеологию либеральных экономистов (Е.Т. Гайдар и др.) не вписывалась охрана здоровья населения как приоритетная ответственность государства. Медицинская помощь стала рассматриваться как сфера производства медицинских услуг. Государственные гарантии охраны здоровья были заменены на гарантии медицинских услуг в соответствии с Законом РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Разработчики закона планировали, что в рамках его реализации, наилучшим способом компенсации затрат граждан при возможных предстоящих расходах, станет возможность застраховаться.

7.1. Идеология медицинского страхования граждан как отражение рыночных реформ

Система здравоохранения любой страны не может стоять на месте. Постоянно происходят различные локальные изменения, совершенствуются старые методики, принимаются новые решения. Однако необходимость проведения масштабных реформ, требующих модернизации всего организационно-правового и хозяйственного механизма отрасли, возникает сравнительно нечасто. В начале 1990-х годов в России был взят курс на радикальное переустройство политической и экономической жизни общества, и именно с этого времени в жизнь медицинских работников и их пациентов все активнее стали входить такие понятия, как медицинское страхование, платные услуги, страховой полис, государственные гарантии, медико-экономические стандарты, лицензирование и т. п.¹

Как известно, в качестве методологической базы для новых отношений была выбрана европейская модель обязательного медицинского страхования граждан, которую решено было вмонтировать в государственную схему финансирования лечебной сети. Данная организационно-правовая конструкция, получившая условное название «бюджетно-страховая медицина», стала основой той реформы здравоохранения РФ, которая осуществляется до настоящего времени.

Страхование означает, что создается некий фонд (страховой) для компенсации предстоящих затрат, куда определенное число страхователей вносят страховые взносы. Поскольку событие (страховой случай) носит вероятностный характер, то оно происходит далеко не со всеми, кто платит страховые взносы, поэтому осуществляется так называемое перераспределение рисков между страхователями. В принципе платить взносы может одно юридическое или физическое лицо (страхователь), а получать компенсацию при возникновении страхового случая – другое лицо (застрахованный).

Очень важным становится факт того, что при этом страховщик заинтересован в эффективном использовании страховых средств, при котором застрахованные им граждане получали бы медицинскую помощь по приемлемым тарифам и необходимого качества. Таким образом, появляется заинтересованный посредник, защищающий интересы пациентов и компенсирующий многие негативные свойства специфического товара – медицинской услуги.

Точкой отсчета начала либеральных реформ в системы здравоохранения России и послужило принятие закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР», в соответствии с которым в стране за короткий период была создана инфраструктура обязательного медицинского страхования. Были сформированы Федеральный и территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО). Параллельно была сформирована нормативная база и отработан порядок взаимоотношений систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

¹ Щепин О.П. и др. Организация и технология взаимодействия учреждений здравоохранения и обязательного медицинского страхования. – Проблемы социальной гигиены и истории медицины, № 3, 1995.

Все годы реализации идеологии рыночных реформ в России концепция развития отрасли регулярно становится поводом для серьезной критики.² Требования оппонентов представляют широкую палитру мнений от возврата к советской системе до приватизации больниц и передачи средств ОМС самим гражданам. Не подлежит сомнению, что возникающие противоречия во многом продиктованы различием в интересах отдельных социальных групп.³ Но с каждым годом становится все более очевидным и то, что вопреки ожиданиям, в отрасли нарастают скорее деструктивные, чем позитивные процессы, а при грамотном осуществлении реформ не только бизнес-структуры, но и большинство медицинских работников и населения уже давно должны были бы почувствовать существенные изменения к лучшему.

Законодательное обоснование медицинского страхования в России.

Разработка нового законодательного акта, регулирующего взаимоотношения в той или иной сфере общественной и экономической жизни, как правило, бывает направлена на законодательное закрепление некоторых норм, реально сложившихся на практике. В то же время, новые законодательные акты, наряду с установлением легитимности наиболее важных характеристик «status quo», должны обеспечивать и стимулировать развитие систем, к которым они относятся. Особенно это касается такой развивающейся сферы общественных отношений, как медицинское страхование. Сфера медицинского страхования, составляющая основу финансирования отрасли, а также имеющая непосредственное отношение к организации оказания медицинской помощи, представляется наиболее важной для развития реформ в системе медицинского обслуживания граждан.

Большинство редакций Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определяло медицинское страхование как форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья, обеспечивающую их право на получение медицинской помощи, которая, как подразумевается, должна быть надлежащего объема и качества. При этом государство берет на себя значительную долю расходов, связанную с организацией медицинского обслуживания граждан. Базовая программа ОМС и перечень видов медицинской помощи, финансируемых за счет бюджета, гарантируют бесплатную помощь в большинстве случаев взаимодействия с системой здравоохранения. У страховых медицинских компаний, развивающих программы дополнительного (добровольного) медицинского страхования (ДМС), наибольшие трудности возникают именно при формировании дополнительного пакета услуг, т. е. сверх программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению, которые оплачиваются средствами бюджета и ОМС. Именно здесь, как правило, страховые компании формируют программу ДМС из услуг, которые входят в перечень бесплатных, но по желанию пациента оказываются ему за

² Часть авторов настоящего издания в период с 1993 по 2009 годы, работая в системе ОМС и органов управления субъектов РФ ДФО, имели возможность анализировать причинно-следственные связи направлений критики как реформирования отрасли, так и итоги реализации системы ОМС в регионе (прим. авторов).

³ Решетников А.В. Социально-экономическое прогнозирование и планирование в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения, № 11, 2000.

плату. При этом пациент рассчитывает на повышенный сервис в обслуживании и возможность выбора лечебного учреждения. Следует отметить, что в нормативных документах, регламентирующих бесплатную медицинскую помощь, не говорилось о пониженном уровне сервиса в системе ОМС, да и выбор ЛПУ тоже декларировался законом.⁴

В то же время, к 2010 году практика формирования и функционирования системы медицинского страхования в России показывала необходимость изменений в законодательной основе. Главные проблемы, решение которых невозможно без соответствующих решений на законодательном уровне, заключались в следующем:

- ✓ *обеспечение сбалансированности базовой и территориальных программ ОМС с реальными финансовыми средствами системы ОМС, что существенно повысит финансовую стабильность системы;*
- ✓ *повышение ответственности органов государственной власти и местного самоуправления по обязательствам, связанным с ОМС неработающих граждан;*
- ✓ *четкое разграничение функций и ответственности на разных уровнях управления системой;*
- ✓ *создание механизмов реального обеспечения защиты прав пациентов;*
- ✓ *обеспечение действенного контроля со стороны государственных органов за целевым использованием средств ОМС.*

В действовавшем до 2010 г. Законе «О медицинском страховании граждан в РФ» не полностью решались проблемы, стоявшие перед системой медицинского страхования:

- ✓ *отсутствие четкого механизма установления соответствия Программы ОМС реальным денежным средствам;*
- ✓ *недостаточное регулирование разделения функций покупателя (плательщика) и производителя медицинских услуг;*
- ✓ *отсутствие ясного регулирования взаимодействия ОМС и ДМС;*
- ✓ *недостаточный регламент ответственности исполнительной власти за невыполнение обязательств по страховым взносам за неработающее население;*
- ✓ *нечетко определена категория «неработающего» населения и порядок определения взноса на ОМС данной категории.*

О необходимости разработки нового варианта закона свидетельствует и тот факт, что в течение всего периода становления системы медицинского страхования в России выдвигались и продолжают выдвигаться различные проекты поправок и дополнений к действующим его редакциям.

⁴ Капитоненко Н.А. Научное обоснование и обеспечение реализации основных направлений реформы здравоохранения на региональном уровне. Автореф. дисс. доктора медицинских наук. – Москва, 1999. – 45 с.

Следует отметить, что круг проблем, требовавших законодательного регулирования в системе медицинского страхования, тесно связан с проблемами законодательства в сфере здравоохранения вообще. Поэтому в 2009 году было принято решение не ограничиваться доработками одного закона, а на концептуальном уровне рассмотреть комплекс законодательных актов для решения проблем охраны здоровья населения России.

Разработчики этих законодательных актов отдавали себе отчет в том, что существует необходимость сохранения основных принципов действующего закона «О медицинском страховании граждан в РФ», главными из которых являются:

- ✓ *независимость (организационная и финансовая) системы медицинского страхования от органов управления здравоохранением при координации их деятельности;*
- ✓ *контрактная система финансовых взаимоотношений субъектов при четком разграничении функций;*
- ✓ *ориентированная на пациента система оплаты медицинской помощи;*
- ✓ *наличие специальной структуры (страховщика), представляющей интересы (права) граждан в системе здравоохранения;*
- ✓ *социальное партнерство в сфере организационного и финансового обеспечения медицинского обслуживания граждан.*

Следует отметить, что перечисленные принципы нередко являются только декларативными и далеко не всегда полностью реализуются на практике. Так что причинами эклектичности и неравномерности реформирования системы здравоохранения в России являются не только (а часто и не столько) недостатки законодательной и нормативной базы, сколько и прямое неисполнение действующего законодательства РФ.

По мнению экспертов, существовавшая до 2010 года система обязательного медицинского страхования плохо справлялась с поставленной перед ней задачей медицинской защиты граждан РФ. Качество и доступность медицинской помощи, оказываемой населению в государственных и муниципальных ЛПУ, оставляли желать лучшего. Кроме того, во многих ЛПУ существовали коррупционные схемы принуждения пациентов к прямой оплате гарантированных законом бесплатных медицинских услуг по программе ОМС. Ежегодный рост уровня средств ОМС покрывал текущее увеличение стоимости лечения, но никак не отражался на его качестве. Увеличение темпов роста взносов по ОМС отражало не развитие данного рынка, а рост «легальной» заработной платы в стране. Система обязательного медицинского страхования, по сути, перестала выполнять функции страхования, а превратилась просто в механизм финансирования производителей медицинских услуг низкого уровня доступности, качества и безопасности через посредников – страховые медицинские организации.

Низкая эффективность существовавшей системы ОМС России была связана с невысокой прозрачностью ее основных механизмов в отличие от системы добровольного медицинского страхования. В любом полисе ДМС четко

прописывается перечень услуг, которые будут предоставляться его владельцу, а страховщики контролируют качество услуг и заботятся о сервисной составляющей своих программ. Страховая компания стремится предложить потенциальным страхователям качественные услуги по приемлемой цене. Неизбежно возникающий конфликт между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями выражается в том, что страховщик пытается снизить объем необоснованных выплат, в то время как медицинские учреждения, являясь в то же время и коммерческими организациями, стремятся оказать как можно большее количество услуг, в ряде случаев и без медицинских показаний. Для защиты своих интересов, а также прав застрахованных страховщики вынуждены создавать службы контроля над деятельностью медицинских учреждений.

В системе ОМС ситуация была обратной: наличествовал «размытый» список услуг, покрываемый страховым полисом, а за качество медицинского обслуживания практически никто не отвечал. Именно поэтому для эффективного функционирования системы ОМС необходимо было изменить принципы ее работы – сделать их прозрачными и контролируруемыми.

И, наконец, систему ОМС России дискредитировала череда коррупционных скандалов среди ее высшего руководства.⁵ Кроме того, по мнению ряда специалистов, население России до конца еще не разобралось в медицинском страховании. Поэтому необходимость разъяснения, для чего нужны страховые компании, как застрахованные должны пользоваться их услугами, в полной мере сохраняется и до настоящего времени.

Для повышения прозрачности системы ОМС требовалось решить вопросы разработки и внедрения единых стандартов качества оказываемых медицинских и сервисных услуг, принципов формирования цен на эти услуги, аккредитации медицинских учреждений и медработников. Кроме этого важно было прописать пределы ответственности медицинских работников, что, в свою очередь, должно осуществляться с помощью страхования профессиональной ответственности врачей.

Работа с пациентами зачастую носила формальный характер. Так, в каждой поликлинике и больнице имелись стенды, где написано, куда пациент может обратиться с жалобами, за помощью, начиная с главного врача и заканчивая министром здравоохранения или директором территориального фонда ОМС, включая Росздравнадзор. Какова эффективность такого обращения для застрахованного в системе ОМС пациента может ответить только сам потребитель медицинских услуг. К сожалению уровень удовлетворенности населения

⁵ По сообщению информационного агентства ВОСТОК-МЕДИА 13 Августа 2009 г. Мосгорсуд признал виновным бывшего руководителя Федерального фонда ОМС А.М. Таранова в получении взяток и приговорил его к 7 годам лишения свободы, его подчиненным суд назначил наказание в виде лишения свободы на сроки от 1,5 до 9 лет. Замдиректора ФФОМС Н. Климову суд оправдал в даче взятки, однако признал виновной в получении взяток и приговорил к 9 годам заключения в колонии общего режима и штрафу в размере 1 млн рублей. Аналогичное наказание суд назначил первому заместителю директора ФФОМСа Ю. Яковлеву. Замдиректоров ФФОМС Д. Усенко и Д. Шилева суд приговорил к 7 годам заключения в колонии строгого режима, кроме того Усенко должен будет выплатить штраф в размере 700 тысяч рублей. Начальник финансово-экономического управления фонда Н. Фролова и начальник контрольно-ревизионного управления фонда Т. Маркова осуждены на 4 года лишения свободы без штрафа, а также они лишены права занимать должности на государственной службе сроком на 3 года (прим. авторов).

России доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи к 2010 году не превышал 30 % от числа опрошенных.

На пути совершенствования законодательных основ ОМС. В 2009 г. увидел свет проект концепции реформирования здравоохранения России до 2020 года, которая предполагала комплексный подход, начиная от изменений в законодательстве, кончая решением проблем организации медицинской помощи и кадрового обеспечения ЛПУ. Минздрав и ФФОМС предложили пакет документов по обновлению законодательной и нормативной базы.

Был принят Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (326-ФЗ), в котором сделана заявка на прогрессивное движение вперед с точки зрения модернизации всех субъектов ОМС в РФ. Для его реализации были своевременно приняты 35 дополнительных нормативных актов. Закон и подзаконные акты включали четкие механизмы, регулирующие отношения, которые возникают в связи с осуществлением ОМС, в том числе определено правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Новая редакция закона приводит построение системы ОМС с позиций того, что центральным ее звеном становится застрахованный гражданин. В частности, закон предоставляет каждому гражданину РФ реальную возможность выбора страховой медицинской организации. В прежней редакции это право декларировалось, но на деле страховую компанию за него выбирал либо работодатель, либо орган власти субъекта РФ. В результате страховые организации были совершенно не заинтересованы в работе с конкретным человеком. В рамках реализации положений нового закона выбирать страховую организацию может лишь сам гражданин. И он вправе раз в год поменять свою компанию, если она его не удовлетворяет. А поскольку финансирование страховой компании зависит от количества застрахованных, у нее теперь есть интерес сохранить и увеличить число застрахованных. Именно здесь, по мнению разработчиков 326-ФЗ, и реализуется конкурентная рыночная модель страхования.

Кроме того, по этому закону в систему ОМС может войти любая медицинская организация – ведомственная, частная и т. п. Прежде на это требовалось специальное разрешение органа власти субъекта. Теперь достаточно уведомить об этом решении, если организация согласна с тарифами системы ОМС и ее требованиями. И это тоже, по мнению разработчиков закона, будет способствовать формированию конкуренции и заинтересованности производителей медицинских услуг в расширении уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи застрахованным.

В то же время, до настоящего времени сохранялась ситуация, когда гражданин РФ имеющий полис обязательного медицинского страхования, не помнил названия страховой компании, в которой он застрахован, не знал, для чего она существует и как с ней взаимодействовать. В противовес тому каждый, кто

был застрахован по программе добровольного медицинского страхования (ДМС), как правило, хорошо знал и свою страховую компанию, и предоставляемые ею услуги.

По новому закону, кроме того, что гражданин сам выбирает страховую компанию, последняя должна стать его «медицинским адвокатом», то есть защитником его прав перед производителем медицинских услуг. Она должна помогать застрахованному в правильном выборе лечебного учреждения, а затем осуществлять контроль доступности, качества и безопасности предоставляемых ему медицинских услуг. Несомненным является и факт того, как сами граждане будут относиться к новым возможностям, предоставляемым 83-ФЗ – обращаться к своему защитнику (СМО), требовать надлежащего качества оказанных им медицинских услуг. По крайней мере, закон создает для этого все предпосылки.

Что же относительно ЛПУ, то до последнего времени медицинские организации финансировались и из средств ОМС, и из бюджета. Причем бюджетное финансирование никак не зависело от результатов работы. Финансирование же через систему ОМС построено по принципу «деньги идут за человеком», поэтому ЛПУ, которое будет активнее работать, привлекать больше пациентов и оказывать больше услуг, будет и больше зарабатывать. Кроме того, с 2013 года предусмотрено введение полного тарифа, то есть в перечень расходов, оплачиваемых через ОМС, включаются все затраты медицинского учреждения, а не только те пять статей, по которым шла оплата до принятия 83-ФЗ. По мнению разработчиков новой редакции этого закона, оплата по полному тарифу, будет способствовать снижению уровня прямых платных услуг для застрахованных пациентов и существенно снизит объем «теневого рынка» медицинских услуг.

Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению России в рамках исполнения 83-ФЗ должна стабилизироваться, т. е. все виды амбулаторной и стационарной медицинской помощи, включая и высокотехнологичную, а также услуги СМП для застрахованного в системе ОМС будут оплачиваться производителям через систему финансово-кредитных учреждений – фондов ОМС. В то же время согласно закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ), платными для граждан в РФ могут быть лишь условия особой комфортности (например, отдельная палата), а также некоторые виды косметологической медицины, пластической хирургии и стоматологической помощи.

Особенность отечественной системы ОМС в течение двух последних десятилетий была в том, что субъектам РФ была предоставлена широкая автономия в организации медицинской помощи населению. И во многом уровень ее организации, а также доступность, качество и безопасность определялись финансовыми возможностями региона.⁶ К сожалению, эти возможности до настоящего времени различаются в разы... Новый закон 326-ФЗ должен сблизить условия оказания медицинской помощи в большинстве субъектов РФ. По мнению разработчиков закона это должно произойти за счет повышения ставки страхового тарифа с 3,1 % до 5,1 %, определения единого базового набора ме-

⁶ Антропов В.В. Совершенствование системы здравоохранения в Германии // Труд за рубежом, 2008. – № 3.

дицинских услуг, предоставляемых бесплатно, а также введения единого минимального размера платежа на неработающее население для всех регионов РФ. В то же время, субъект РФ вправе дополнить базовый объем медицинской помощи по своим возможностям так, как сочтет это необходимым.⁷

Высказываемые опасения представителей провинциальных регионов России о том, что свободный выбор ЛПУ, предоставленный гражданам, оставит без работы поликлиники и больницы в маленьких городах и сельских поселениях – все пациенты предпочтут крупные и известные медицинские региональные и федеральные центры. По мнению разработчиков закона, свободный выбор позволит перейти к рыночным механизмам стимулирования производства медицинских услуг, когда средства ОМС будут поступать в зависимости от количества и качества оказанной медицинской помощи. Они считают, что если медицинская помощь будет надлежащего качества, относительно немногочисленные застрахованные граждане покинут провинциальные ЛПУ и отправятся за медицинской помощью в столицу региона или даже в ЛПУ другого субъекта РФ. Это, по их мнению, как правило, происходит только в тех серьезных случаях, когда нужна высококвалифицированная, высокотехнологичная медицинская помощь. На решение этой задачи нацелено строительство центров высокотехнологичной медицинской помощи в провинциальных субъектах РФ, и оснащение региональных ЛПУ современным оборудованием, повышение квалификации медицинских работников и другого персонала в рамках реализации региональных программ модернизации отечественного здравоохранения.

На пути к монополии производителей услуг страхования. Поскольку отечественное страхование уже прошло период разгосударствления; практически не осталось компаний, которые можно было бы назвать государственными в чистом виде, но роль государства в развитии страхования осталась до сих пор решающей. Что бы ни говорили, от государства зависит и рынок страхователей, и рынок страховщика. Однако дискуссии о том, каким рынок должен быть, идут весьма напряженные. Например, о месте и роли государства говорят практически все ученые и специалисты. Будет ли страхование защищать интересы граждан, станет ли фактором формирования инвестиционной среды, должно ли страхование стать инструментом облегчения нагрузки на бюджет при формировании выплат за тот или иной ущерб, возникший из-за непредвиденных обстоятельств? Все эти важнейшие задачи могут существовать одновременно и сочетаться определенным образом.

В обеспечении развития страхования предлагается менять страховое законодательство, вплоть до составления Страхового кодекса. Конечно, это дело будущего, тем более что важное место в дискуссиях занимает обязательное страхование, в рамках которого многим видится развитие, прежде всего, страхования ответственности. Если понимать, что гражданское общество – это совокупность ответственных друг перед другом людей, каждого перед государством и обществом, то именно страхование ответственности должно стать ката-

⁷ Научно-практический комментарий к Федеральному закону №64 от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ: «КОН ТРАКТ», 2011. – 560 с.

лизатором этого процесса.⁸ Конечно, это спорный вопрос, но, вероятно, наступило время реализации еще нескольких обязательных видов страхования гражданской и профессиональной ответственности. Чем шире охват участников, тем ниже ставка. Если исключить при этом злоупотребления и перекосы – это и есть развитие, даже культивирование конкуренции между участниками – страховщиками.

Один из важнейших аспектов конкуренции в обязательных видах страхования – постепенная либерализация ценообразования в них, сначала путем введения коридора, а затем и стимулирования конкуренции.⁹ Видимо, государство должно было бы обозначить временные этапы по переходу на свободные цены в обязательном страховании. На сегодняшний день можно говорить об олигополистическом рынке, когда львиную долю рынка делят между собой несколько крупных компаний. Опираясь на подходы, выработанные в свое время выдающимся экономистом Дж. К. Гэлбрейтом, следует рассматривать вопрос совместного существования крупного, среднего и малого бизнеса на современном российском страховом рынке в интересах потребителей страховых услуг.

Поскольку с 1 января 2011 г. граждане России получили возможность свободного выбора страховой медицинской организации, то в реальных условиях страховым компаниям необходимо выстраивать работу с конкретным потребителем страховых услуг, благодаря этому существуют планы по стимулированию развития конкуренции на страховом рынке. Сегодня отдельные специалисты считают позитивным явлением сокращение числа СМО, предлагающих услуги в системе обязательного медицинского страхования. На начало 2011 г. в системе ОМС функционировало 95 страховых медицинских организаций. За 2012 год их количество уменьшилось до 89. При этом 70 % населения России застрахованы в десяти СМО.

Однако на отечественном рынке ОМС все еще остается достаточно много мелких компаний, которые не могут обеспечить работу по улучшению качества медицинских услуг, защите прав граждан, качественно выполнять другие свои обязательства: организовать круглосуточную работу многоканального телефона, привезти на дом полис человеку, который нуждается в этой услуге по состоянию здоровья. На уровне государства сегодня приняты меры для повышения эффективности работы СМО: повышены требования к уставному капиталу, минимальное значение которого с 1 января 2012 г. увеличится с 30 млн до 60 млн рублей, что определит естественный процесс сокращения и укрупнения страховых компаний.

С одной стороны, такие шаги укрепляют устойчивость системы обязательного медицинского страхования, но с другой стороны – это дает основание говорить о формировании олигополистического рынка, где доминируют не-

⁸ Аналитический вестник № 15 «Законодательные аспекты модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» (по материалам круглого стола состоявшегося в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации 30 июня 2010 года). – Москва, 2010.

⁹ Степанов, И.М. Разработка моделей оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования : препринт WP8/2011/03 / И.М. Степанов, К.И. Головщинский ; Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – 60 с.

сколько крупных СМО, как правило «Московских», а в Российской провинции, где основная часть СМО – это относительно небольшие компании, процессы поглощения и слияния продолжаются. В результате проигрывает клиент – потребитель страховых услуг. Ведь рынок заранее поделен между «крупными игроками». А что потребитель? Он лишается права выбора. В то же время сами СМО теряют интерес к решению проблемы «защиты прав застрахованного в системе ОМС», ведь за клиента не надо бороться... По сути дела, СМО – монополисты превращаются в «насосы» по перекачиванию финансовых средств от фондов ОМС к производителям медицинских услуг – ЛПУ.

Изучение представленной Министерством финансов «Стратегии развития рынка страхования на период до 2020 г.» экспертами Всероссийского союза страховщиков в части развития медицинского страхования (ОМС и ДМС) показало высокий уровень рисков предложенной стратегии.¹⁰ С одной стороны, как ОМС, так и ДМС составляют львиную долю страхового рынка, с другой стороны, уважаемые авторы стратегии не в полном объеме провели системный анализ причин неэффективности отечественной системы ОМС. В отношении ОМС отечественное страховое сообщество к 2010 году было едино в критике проекта принятого в последующем 326-ФЗ. Сегодня многие из них говорят, что в реальном представлении их организации в настоящее время не страховые компании в ОМС, а кассы. Контрольную функцию страховщика они не осуществляют, а просто получают деньги от ТФОМСов и перечисляют их ЛПУ.

Положение производителей медицинских услуг в системе ОМС. С течением времени увеличивается число медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. В 2010 г. их было 8 162, в 2011 г. – 8 252, в 2012 г. – 8 543. Параллельно возрастает число негосударственных медицинских организаций в системе ОМС: в 2010 г. участвовало 618 негосударственных медицинских организаций, в 2011 г. – 642, в 2012 г. – 739. В последующие годы число негосударственных медицинских организаций, входящих в систему ОМС, по прогнозу разработчиков закона 326-ФЗ увеличится в связи с переходом на полный тариф.

Увеличение количества медицинских организаций должно усилить конкуренцию на рынке обязательного медицинского страхования и расширить для застрахованных граждан возможности выбора. Но такое положение можно прогнозировать в крупных городах, а что же относительно провинциальной России, то именно здесь как никогда крепки позиции монопольного производителя.¹¹ В определенной мере в эту конструкцию не вписываются ЛПУ стоматологического профиля, где стабильный рост числа негосударственных малых и средних предприятий по производству стоматологических услуг пробил ощутимую «брешь» в монопольном положении государственных ЛПУ.

К сожалению, в отечественном здравоохранении пока нет и в обозримом будущем не сформируются объективные условия для конкуренции ЛПУ как главного фактора эффективности страхового механизма финансирования меди-

¹⁰ Галаева Л.А. Страховые риски и страховые случаи как правовые понятия // Трудовое право, 2009. – № 7.

¹¹ Фигейрас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. Реформа больниц в новой Европе. – М., 2002.

цинской помощи в виде снижения цен на производимые услуги и роста уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи застрахованным.¹² Почти все рекомендации «Стратегии развития рынка страхования на период до 2020 г.» представляются совершенно оторванными от российских реалий:

- ✓ *дальнейшее сокращение государственной медицинской инфраструктуры;*
- ✓ *рост роли страховщиков в системе ОМС;*
- ✓ *призыв к страховщикам ОМС активнее конкурировать друг с другом;*
- ✓ *интеграция ДМС и ОМС;*
- ✓ *ориентация на конкурентные модели ОМС, используемые в Голландии и Франции.*

Но ведь, если нет конкуренции ЛПУ между собой, то все прочие «страховые» инструменты управления ценой и качеством медицинских услуг – конкуренция страховщиков, экспертиза, стандартизация – существенного влияния на конечные результаты деятельности ЛПУ не окажут.¹³ Если ЛПУ является монополистом, оно все равно получит все: и потребителей, и необходимые финансовые ресурсы и безбедное существование. Попытка «по рыночному» обанкротить, лишит лицензии или финансирования единственное в некоем сельском районе или небольшом городке/поселке ЛПУ будет заранее обречена на неуспех, а кроме того, чревата социальным взрывом среди местного населения.

Поэтому конкуренция между ЛПУ, ровно, как и свобода выбора производителя медицинских услуг, возможна лишь в условиях, когда потребители могут безопасно и безболезненно для себя отказаться от услуг неэффективного производителя в пользу более компетентного, ориентированного на предоставление доступных, качественных и безопасных услуг для застрахованных.¹⁴ Рынок медицинских услуг имеет свою специфику, заключающуюся в серьезном ограничении конкуренции между ЛПУ. Это связано со значимостью медицинских услуг для здоровья и жизни населения и длительностью технологического цикла их использования.¹⁵ Следствием такого положения является невозможность отложенного спроса и жесткая привязка получения медицинской помощи к территории проживания основной части населения. Эти условия сочетаются с наличием т. н. «естественных монополистов» в виде наиболее востребованных населением региона многопрофильных ЛПУ.¹⁶

Поэтому развитие конкуренции между производителями медицинских услуг с точки зрения уровня эффективности использования механизма ОМС при финансировании медпомощи требует реализации неких условий:

¹² Старадубов В.И., Таранов А.М., Ганчаренко В.Л. Актуальные вопросы здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях : учеб. пособие. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2004 г. – 210 с.

¹³ Экономические методы управления в здравоохранении/ В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарёв, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск : ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

¹⁴ Пермяков В.Д., Нуриева З.Г., Ширяева А.С. Некоторые проблемы обязательного медицинского страхования.– «Юнити-Дана», 2004. – 148 с.

¹⁵ Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. – М.: Финансы и статистика, 1998.

¹⁶ Экономика здравоохранения. (Материалы международной конференции) // Под общей редакцией О.В. Куравченко (Россия) и А. Фишер (Германия). – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2012. – 180 с.

- ✓ *высокой плотности населения (принцип «деньги следуют за пациентом» и приоритет обращаемости над доступностью – жесткая зависимость доходов ЛПУ от числа обращений, т. е. от плотности населения обслуживаемой территории);*
- ✓ *развитой дорожной сети (позволяющей населению удобно и без помех пользоваться ЛПУ соседних территорий);*
- ✓ *высокого уровня экономики региона (чем выше платежеспособность населения, работодателей и системы ОМС, тем привлекательнее частные инвестиции в ЛПУ);*
- ✓ *для стран с большой территорией – высокую долю налогов, остающихся в распоряжении муниципалитетов и региональных правительств (наиболее заинтересованных инвесторов в медицинскую инфраструктуру своих территорий);*
- ✓ *благоприятных условий для ведения бизнеса и долгосрочных инвестиций, что обусловлено масштабом и длительным сроком окупаемости инвестиций в создание и развитие ЛПУ.*

Ухудшение хотя бы одного из вышеуказанных условий влечет за собой ощутимое падение эффективности здравоохранения России, основным источником финансирования которого является ОМС (табл. 53).

Представленные данные наглядно демонстрируют влияние фактора плотности населения как ключевого фактора эффективности реализации механизма ОМС при финансировании здравоохранения, поскольку верхние позиции по показателям здоровья населения уверенно занимают страны с высокой и очень высокой плотностью населения, как правило, располагающие высокоразвитой транспортной инфраструктурой. Влияние факторов уровня ВВП и инвестиционного климата выражено в гораздо меньшей степени. В то же время, США, располагая самым высоким ВВП (как в абсолютном выражении, так и на душу населения) и самым высоким из сравниваемых стран уровнем инвестиционной привлекательности, безнадежно отстают по эффективности здравоохранения, расходуя в 2-3 раза больше других стран, занимая очень скромную для супердержавы позицию в рейтинге здоровья населения.

С этой точки зрения становится понятной абсурдность ориентации России на модель медицинского страхования, например, во Франции – страны с высокой плотностью населения и прекрасной транспортной инфраструктурой.

Сравнение эффективности здравоохранения стран, использующих страховую модель финансирования здравоохранения, входящих в топ-25 рейтинга агентства Bloomberg, а также США и России

Место в рейтинге здоровья населения, 2012	Страна	Факторы, влияющие на конкуренцию ЛПУ				Общие расходы на здравоохранение (государство + корпорации + население)	
		плотность населения, чел./км ² *1	плотность автодорожной сети с твердым покрытием, км/км ² *1	ВВП на душу населения, долл., 2010 г. *1	рейтинг индекса ведения бизнеса, 2012 г. *4	% ВВП, 2010 г. *2	На душу населения (долл., исходя из ППС, 2010 г. *2
5	Япония	336	2,57	34 700	24	9,5	3 204
6	Израиль	354	0,88	31 500	38	7,6	2 186
10	Германия	230	1,8	38 100	20	11,6	4 332
12	Австрия	98	1,34	42 400	29	11	4 388
13	Франция	118	1,48	35 600	34	11,9	4 021
16	Греция	81	0,88	26 300	78	10,2	2 853
20	Бельгия	341	5,03	37 800	33	10,7	4 025
25	Словения	99	1,92	28 800	35	9,4	2 552
33	США	32	0,47	49 000	4	17,9	8 362
97	Россия	8	0,05	17 000	112	5,1	998

Примечание: 1 – данные CIA — The World Factbook 2010; 2 – данные Всемирной Организации здравоохранения, 2010; 3 – Bloomberg rankings – The World's Healthiest Countries. Bloomberg, 2012; 4 – данные Всемирного Банка, 2012.

У России как сегодня, так и в обозримом будущем отсутствуют какие-либо шансы на достижение высокого уровня эффективности системы ОМС, которая строится по «чужим» лекалам. Исходя из анализа факторов в РФ, нет ни одного объективного фактора, необходимого для появления конкуренции между ЛПУ:

- ✓ *запредельно низкая плотность населения;*
- ✓ *неразвитость и катастрофическое состояние транспорта;*
- ✓ *низкий для развитой страны уровень ВВП, жестко привязанный к мировой конъюнктуре цен на энергоносители;*
- ✓ *ограниченная доля налогов, остающаяся в распоряжении муниципалитетов и региональных правительств;*
- ✓ *неблагоприятные условия инвестиций и хронический отток капитала;*
- ✓ *весьма средний горизонт планирования бизнеса в России (до 3-х лет).*

Перечисление этих факторов позволяет осознать, насколько несопос-

вимы с ними меры, предпринимаемые государством для стимулирования конкуренции между ЛПУ (изменение порядка финансирования и освобождение ЛПУ от налога на прибыль). Эти меры явно не способны быть противовесом реалиям экономики, демографии, транспортной системы и условиям ведения бизнеса в России.

В сложившихся условиях рыночная конкуренция производителей медицинских услуг в России может успешно осуществляться только в мегаполисах, где платежеспособный сбыт медицинских услуг гарантирован. Что же относительно Российских провинций, то основным и зачастую единственным поставщиком медицинских услуг для населения были и остаются ЛПУ, созданные 30-50 лет назад, которые реконструируются и модернизируются. Однако и их число стремительно сокращается. В результате в Российской глубинке имеет место многолетний устойчивый тренд монополизации рынка медицинских услуг.

В результате система ОМС вместо повышения доступности медицинской помощи населению на основной территории России (особенно в сельской местности, малых и средних городах) привела к противоположному результату. Основными последствиями такой стратегии являются:

- ✓ *закрытие поликлиник, больниц, амбулаторий или ФАПов из-за низкого уровня заселенности территории;*
- ✓ *усиление миграции населения из провинций в мегаполисы по причине, в том числе, и ограничения доступа к медицинской помощи;*
- ✓ *кадровый кризис в отрасли в сочетании с катастрофическим износом основных фондов ЛПУ и массовый отток врачей с последующим приемом на освободившиеся вакансии гастарбайтеров;*
- ✓ *рост числа отчетных форм, справок и т. п. в ЛПУ и ужесточение требований к их заполнению, что формирует дополнительную нагрузку на медицинский персонал в ущерб лечебной работе;*
- ✓ *сохраняется стратегия дальнейшего сокращения числа ЛПУ и их штатных расписаний, прежде всего в системе ПМСП.*

Точно так же отсутствие конкуренции между ЛПУ в России влияет и на рентабельность дополнительного (добровольного) медицинского страхования (ДМС). Таким образом, по мнению большинства представителей медицинского страхового бизнеса, можно констатировать, что ключевой проблемой неэффективности системы ОМС и низкой рентабельности ДМС в России является отсутствие объективных условий для появления конкуренции между ЛПУ практически на всей территории страны, кроме мегаполисов и крупных городов.

В заключение следует отметить, что Россия стала первой крупной державой, где сначала в законодательном порядке (1991 г.) была принята за основу негосударственная схема страхования, а уже затем стали осуществляться попытки приспособить к ней сложившуюся модель государственного здравоохранения. Уникальность подобной конструкции состояла в том, что впервые в мировой практике власть, сохранив в государственной собственности лечебную сеть и некоммерческую форму изъятия страховых финансовых ресурсов через социальный налог и бюджет, добровольно отказалась от прямого финанси-

ния собственных ЛПУ и передоверила эту функцию коммерческим посредникам. Но при этом формально сохранила «обеспечивающие» конституционные обязательства государства.

Логику такого решения можно понять только с позиции скрытых мотиваций и той ситуации, в которой находилась Россия в начале 90-х годов прошлого века. В это время происходила ломка структуры тоталитарного государства. Начинался период активного развития рыночных отношений и первичного накопления капитала. Огромный и стабильный потребительский рынок здравоохранения не мог не привлечь к себе внимания нарождающейся финансовой элиты. К тому же бюджетный «финансовый ручеек» здравоохранения настолько обмелел, что потребовалось срочно искать дополнительные источники финансирования. Идея легального посредничества при обустройстве новых «финансовых скважин» тогда тревожила умы многих и фактически постоянно «висела в воздухе».¹⁷

Стоит ли объединять ОМС и ДМС или, напротив, жестко дифференцировать коммерческое медицинское страхование и финансирование общественного здравоохранения, исходя из того, что у этих продуктов совершенно разные потребители с разными финансовыми возможностями и разными представлениями о том, что такое доступная и качественная медицинская помощь.¹⁸

В реальной ситуации необходимо понимать, что общественное здравоохранение России, имеющее смешанную модель финансирования, ориентировано, в первую очередь, на тех, кто не может оплачивать медицинскую помощь самостоятельно, – т. е. на неработающих или работающих граждан, получающих вознаграждение ниже уровня прожиточного минимума, а также людей с низким и средним доходом. Значительная часть населения со средним доходом компенсирует недостатки финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению РФ за счет коммерческих рыночных предложений по прямым платным услугам, системы ДМС или пользуется услугами ЛПУ ведомственной медицины, содержащихся, по сути дела, за счет средств бюджета РФ. Что же относительно «богатых», то подавляющее большинство граждан РФ с высоким доходом пользуется услугами системы ДМС, ведомственной или коммерческой медицины, избегая контактов с системой ОМС.

7.2. Медицинское страхование граждан Российской Федерации на Дальнем Востоке России

В начале XX века в России Правительство и Государственная Дума 23 июня 1912 года приняли законы о социальном страховании, которые распространялись на рабочих крупных предприятий (2 млн человек) и регламентировали работу больничных касс, которые занимались страхованием от болезней и

¹⁷ Мелянченко Н. Общие методологические подходы к организации общественного здравоохранения в переходный период. – СО РАМН, 2003. – 230 с.

¹⁸ Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособие / А.И. Вялков. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004.

выдачей пособий по утрате трудоспособности. Больничные кассы заключали договоры с врачами, которые должны были обслуживать застрахованных, причем 60 % всех расходов оплачивали сами рабочие. Такая система страхования получила наибольшее развитие в прибалтийских губерниях империи. Однако на ее окраинах – Средней Азии, Сибири и Дальнем Востоке эти законы не реализовались.¹⁹

В то же время в начале XX века Дальний Восток был самой динамично развивающейся провинцией России, но первые попытки введения социального (медицинского) страхования начались после государственного переворота (февральской и октябрьской революций) 1917 года. Попытки ввести социальное страхование на Дальнем Востоке начались в Хабаровске и Владивостоке только в 1918–1919 гг., а в 1920 году и в г. Благовещенске, где открылась первая больничная касса. Законом Дальневосточной Республики 1922 года «О социальном страховании» устанавливалось обязательное страхование всех видов социального риска. К ноябрю 1922 года, к моменту ликвидации ДВР страховые кассы были организованы лишь в губернских городах провинции, которые охватывали страхованием далеко не всех рабочих и служащих. Только с 1924 года на Дальнем Востоке России социальное страхование начало реализовываться на общесоветских началах. В 1927 году отделения медицинских услуг застрахованным были подчинены здравотделам, а с 1933 года функции управления социальным страхованием были переданы в ведение профсоюзов, а страховые средства были включены в общий бюджет здравоохранения.²⁰ С этого периода все функции страхования взял на себя бюджет и только в 1991 году государство вернулось к идеологии обязательного медицинского страхования.²¹

Здравоохранение ДФО в условиях внедрения ОМС (1991–2000 гг.). С началом реализации социально-экономических реформ в 1991 г. перед здравоохранением Дальнего Востока России стал насущный вопрос по формированию адекватной структуры и механизма функционирования регионального здравоохранения.²² Была начата разработка и внедрение систем многоканального финансирования, обязательного медицинского страхования, первые попытки комплексного решения вопросов качества медицинской помощи и эффективности использования ограниченных ресурсов ЛПУ.²³

¹⁹ Левант Н.А. с соавт. Экономика и организация медицинского страхования. Под ред. Т.Е. Гварлиани. Учебник для специальности «Финансы и кредит». – Изд. Хабаровский филиал АСК «Инвестстрах» ДВРСК «ВИТА», 1995. – 275 с.

²⁰ Здравоохранение Дальневосточного федерального округа (справочно-информационное издание) / Под редакцией В. Клышниковой. – Смоленск : ГК «Платина», 2007. – С. 23–26.

²¹ Капитоненко Н.А. История развития медицинского страхования в России и современность в курсе истории медицины // В сборнике тезисов региональной научно-практической конференции «Основные направления развития медицинского страхования в условиях реформирования здравоохранения Дальнего Востока». – Хабаровск. Октябрь 1996. – С. 125–126. (соавт.: Захарченко В.В., Ципкина С.В., Киселев С.Н.).

²² Вялков А.И. Реформа здравоохранения и внедрение обязательного медицинского страхования в Дальневосточном регионе // Роль и место медицинского страхования в реформировании здравоохранения: Материалы международной конференции 20–22 сентября 1995, Федеральный фонд ОМС, НИИСГЭУЗ. – М., 1996. – С. 89–94.

²³ Вялков А.И. О деятельности органов и учреждений здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям : методические рекомендации. – 1993. – 56 с.

В ходе социально-экономических реформ в развитии народного хозяйства субъектов РФ Дальнего Востока произошли существенные перемены. Изменение соотношения цен сырьевых товаров и продукции невысокой степени переработки, производимых в регионе, либерализация тарифов на перевозки отразилась на себестоимости продукции дальневосточных предприятий. Финансовые потоки, зарождающиеся в Восточных районах страны, все больше приобретали центростремительный характер. Это привело к региональному денежному дефициту, снижению инвестиций, дальнейшему обострению проблем в экономике и социальной сфере региона. Проблемы формирования доходной базы региональных бюджетов стали характерным признаком для всех территорий Дальнего Востока России.²⁴

Это привело к тому, что к 1997 году, по сравнению с 1990 годом, ввод в эксплуатацию жилья уменьшился в 2,8 раза, амбулаторно-поликлинических учреждений – в 11 раз, детских дошкольных учреждений – более чем в 35 раз. Сформировалась устойчивая система задержки заработной платы работникам учреждений здравоохранения и образования от 3-х до 8-ми месяцев подряд. Число безработных превысило 10 % трудоспособного населения региона. Наиболее высокий уровень их сформировался в Камчатской (16,9 %), Амурской (13,1 %), Сахалинской (12,0 %) областях, а также в Приморском крае (11,8 %).²⁵

Анализ финансового обеспечения системы здравоохранения территорий Дальневосточного региона свидетельствует о серьезных различиях, которые проявились в условиях децентрализации в 1990-х годах. Обособление бюджетов всех уровней в рамках сложившихся административно-территориальных единиц обострили проблемы неравенства территорий в государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи населению. В субъектах РФ ДФО расходы на здравоохранение в расчете на одного жителя превышали в период 1995–1997 гг. среднероссийские значения, однако уровень цен на электроэнергию, топливо, транспорт, продукты питания и медикаменты и другие услуги как показали исследования, особенно в северных территориях, сформировались намного выше, чем в других регионах РФ.

В то же время, в период реформирования отрасли здравоохранения Дальнего Востока России и перехода на систему ОМС, ее средства играли только дополнительную роль и составляли около 32,3 % от общих расходов на региональное здравоохранение. Из-за бедственного экономического состояния бюджетов РФ ДФО сложилась устойчивая тенденция замещения страховыми взносами работающих в территориальные фонды ОМС платежей за неработающее население. Такой региональный оттенок финансового обеспечения системы здравоохранения Дальневосточного региона в немалой степени был связан с

²⁴ Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А. Проблемы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях // Тезисы докладов международной научно-практической конференции «Роль финансов, страхования, кредита и рынка ценных бумаг в социально-экономическом развитии. Региональный аспект». – Хабаровск. – 1997. – С. 29–30.

²⁵ Капитоненко Н.А. Финансовое обеспечение территориальной программы государственных гарантий населения в получении бесплатной медицинской помощи // Материалы республиканского совещания исполнительных директоров территориальных фондов ОМС. – М., 1997. – С. 190–194.

отсутствием четкой методики формирования объемов средств территориальных фондов ОМС в плане исчисления объема платежа за неработающее население.

Реальная ситуация в системе здравоохранения Дальнего Востока России того времени находилась на грани абсурда. Все ЛПУ были поделены по источникам финансирования на ЛПУ, финансируемые из средств ОМС («чужие») и финансируемые из средств бюджета («свои»). В отдельных субъектах РФ ДФО пошли еще дальше... Внутри ЛПУ или даже его подразделений появились группы персонала, заработная плата которым выплачивалась или за счет средств бюджета или за счет средств фонда ОМС.

Такое положение на фоне несвоевременных выплат заработной платы персоналу давало возможность администрации ЛПУ делать публичные заявления о том, что «своему» персоналу зарплата выплачена вовремя, а «чужому» – задержана по «вине» системы медицинского страхования, т. е. фонда ОМС. К аналогичным публичным заявлениям иногда скатывались руководители органов исполнительной власти. Такой подход в результате сформировал невероятно низкий уровень эффективности управления системой ЛПУ региона, что отрицательно отразилось на показателях доступности, качества и безопасности медицинской помощи дальневосточникам, а опосредованно и на состоянии их здоровья.

Анализ структуры системы ОМС в субъектах РФ Дальнего Востока в 1990-х годах позволил прийти к заключению о том, что имелись 4 основные организационные модели.

- 1) *Первая модель – реализация программ ОМС осуществляется в полном соответствии с нормативно-законодательной базой РФ (Магаданская, Камчатская обл. и Республика Саха (Якутия)). Территориальные фонды занимаются аккумулярованием финансовых средств из всех источников, выполняя роль финансово-кредитных организаций, а страховые медицинские организации занимаются страхованием и оплатой произведенной ЛПУ медицинской помощи застрахованным.*
- 2) *Вторая модель – реализация программ ОМС осуществляется с нарушениями нормативно-законодательной базы РФ (Хабаровский и Приморский края и Еврейская автономная обл.). Страховые функции взяли на себя созданные филиалы территориальных фондов ОМС, а финансовые средства обязательного медицинского страхования перечислялись в медицинские учреждения за выполненные объемы медицинской помощи застрахованным. Участие страховых медицинских организаций в системе ОМС эта модель исключала.*
- 3) *Третья модель – реализация программ ОМС осуществляется с нарушениями нормативно-законодательной базы РФ (Амурская и Сахалинская обл.). Страхованием граждан и финансированием видов и объемов медицинской помощи занимались как филиалы территориальных фондов ОМС, так и страховые медицинские организации.*
- 4) *Четвертая модель – реализация программ ОМС осуществляется с нарушениями нормативно-законодательной базы РФ (Корякский автономный*

округ). Его территориальный фонд ОМС выполнял все функции, включая сборщика страховых взносов и платежей, страхование, а также оплату медицинской помощи населению.

В результате оценок моделей, проведенных авторами настоящей публикации, организация обязательного медицинского страхования, в котором большинство функций по реализации программ ОМС берут на себя территориальные фонды ОМС и их филиалы, без участия страховых медицинских организаций, предоставляя последним возможность работать на страховом поле дополнительного (добровольного) медицинского страхования, представляется самой экономичной моделью.

На ведение дела территориальными фондами ОМС и их филиалами в регионе в 1996 году было затрачено 44,8 млрд руб., что составило 2,8 % от полученных доходов. Это соответствовало среднему показателю по Российской Федерации. В тоже время, в Еврейской автономной области и Хабаровском крае, которые работали без привлечения в систему ОМС страховых медицинских организаций, доля средств, затраченных на ведение дела, составила около 2,1 % от полученных доходов. По нашему мнению, страховые медицинские организации «отвлекают» на ведение дела значительные средства, что в тот период составляло более 3 % от полученных доходов. Значительные затраты на эти цели в 1996 году сформировались в Республике Саха (Якутия) (8,7 %), Магаданской обл. (5,1 %) и Сахалинской обл. (4,2 %). При отсутствии в то время реальной конкуренции среди поставщиков медицинских услуг (ЛПУ), сформировавшегося хронического дефицита финансовых ресурсов в отрасли здравоохранения региона, вряд ли стоило ожидать формирование конкуренции между страховщиками в системе ОМС, что в конечном итоге, приводит к удорожанию функционирования системы и низкому уровню ее эффективности.

Структура расходов средств ОМС на Дальнем Востоке России в то время отличалась своеобразием. Так, доля средств ОМС, направляемых на финансирование здравоохранения в регионе, в 1997 году составила 93,5 % от объема расходов территориальных фондов ОМС, в том числе 90,5 % средств ОМС расходовалось на оплату медицинской помощи, оказанной населению в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования. Это было выше среднероссийских показателей того времени, которые составляли 94,4 % и 81,9 % соответственно. На территориях Камчатской, Амурской, Сахалинской областей, Приморского края и ЕАО на финансирование здравоохранения территориальными фондами ОМС направлялось от 93,5 % до 96,9 % расходовемых средств ОМС, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальных программ ОМС, от 86,7 % до 93,7 %. Лидировал по данному показателю Хабаровский край, где 97,5 % средств ОМС направлялось на финансирование оказания медицинской помощи населению.

Принятие в 1991 году «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», а также Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ» обусловило необходимость разработки механизмов регулирования деятельности по обеспечению прав граждан в системе ОМС. Сравнитель-

ный анализ формирующихся моделей защиты прав пациентов в территориях Дальнего Востока, свидетельствует о различной активности и подходах ТФОМС, органов управления здравоохранения в становлении и развитии этой работы. В основном она осуществляется в следующих направлениях:

- ✓ работа с жалобами и обращениям застрахованных в системе ОМС;
- ✓ досудебная и судебная практика защиты прав пациентов;
- ✓ возмещение затрат за оказанную медицинскую помощь застрахованным, пострадавшим в результате противоправных действий физических и юридических лиц;
- ✓ вневедомственный контроль качества и доступности медицинской помощи.

Анализ жалоб и обращений застрахованных в территориальные фонды ОМС Дальнего Востока являлись отражением тогдашнего финансового положения ЛПУ, а именно: обострение проблем лекарственного обеспечения, возрастание объема платных медицинских услуг, снижение качества и доступности медицинской помощи.

Данные ведомственной статистической отчетности по форме № ГТГ «Организация защиты прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования» на Дальнем Востоке России за 1996–1997 год показывали, что количество жалоб и обращений в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации по сравнению с 1996 годом возросло на 117 %. Наибольшее их число в 1996 году зафиксировано в Амурской области (2 180), Камчатской области (1 351) и Приморском крае (662). В 1997 году эта тенденция сохранялась и составила в указанных субъектах РФ соответственно 2 188, 1 507, 715.

В структуре обращений застрахованных в системе ОМС в 1996 году ведущее место заняли жалобы и обращения по вопросам лекарственного обеспечения (2 406 или 52 % от всех обращений), в 1997 году их число в структуре обращений уменьшилось (2 470 или 46 %), но все равно эта категория обращений занимала первое место. Второе место в структуре заявлений и жалоб занимало противоправное взимание платы за оказание медицинской помощи в ЛПУ, которое по сравнению с 1996 годом увеличилось на 128 обращений и составило в 1997 году 786. Отмечался рост жалоб по вопросам доступности и качества медицинской помощи.

По отчетным данным 1997 года в Дальневосточном регионе в досудебном порядке по инициативе территориальных фондов ОМС рассмотрено всего 5 обращений застрахованных в системе ОМС. В то же время, по инициативе страховых медицинских организаций осуществлено рассмотрение в досудебном порядке 111 жалоб и обращений застрахованных, а по инициативе самих пациентов в досудебном порядке рассмотрено 269 жалоб и обращений. Общая сумма возмещения финансовых средств в досудебном порядке, в целом по территориям Дальнего Востока 1997 году составила 104 387 тыс. неденоминированных рублей. В судебном порядке в 1997 году в Дальневосточном регионе было рассмотрено 24 исковых заявления, из них были направлены в суды пациентами –

17, а страховыми медицинскими организациями – 7. Из числа поданных исков было выиграно 13 судебных дел с общей суммой возмещения 21 285 тыс. неденоминированных рублей.

Одной из актуальных проблем здравоохранения Дальневосточного региона того времени являлось обеспечение приемлемого уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению. Проведенный углубленный анализ становления и развития системы вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в регионе указывал на несовершенство унифицированных подходов в нормативно-методическом обеспечении и системы подготовке экспертов.²⁶ Значительно сдала свои позиции в ЛПУ региона внутриведомственная система управления качеством, что дополнялось отсутствием координации и преемственности различных систем контроля качества производимых услуг. Материалы экспертного контроля не были востребованы органами управления здравоохранением, территориальными лицензионно-аккредитационными комиссиями при разработке и принятии управленческих решений.²⁷

В 1995 и 1997 году нами проведен анализ удовлетворенности населения типичного для Дальневосточного региона Хабаровского края качеством и доступностью медицинской помощи. Она изменилась по сравнению с 1995 годом в худшую сторону. Если в 1995 году 44 % респондентов оценивали оказанную медицинскую помощь как удовлетворительную и 25 % как плохую, то в 1997 году эти оценки были соответственно 29 % и 45 %. При этом 66 % респондентов связывали изменения своих оценок с нехваткой или отсутствием необходимых для лечения медикаментов и расходных материалов.²⁸

В 1997 году 53 % респондентам в ЛПУ региона застрахованным в системе ОМС предлагали заплатить из собственных средств оказанную медицинскую помощь в рамках Базовой программы ОМС. Средний уровень этих выплат по данным социологических опросов в Дальневосточном регионе составлял от 300 до 500 тыс. неденоминированных рублей. Расширение объема платности распространялось в основном на население с низким уровнем доходов.²⁹

Система здравоохранения и ОМС Дальневосточного региона к концу 1990-х годов продолжала, хотя и с некоторыми сбоями, функционировать как совокупность субъектов охраны здоровья населения. Системный анализ регионального здравоохранения в условиях реализации ОМС показал наличие отставания по вопросам стандартизации, статистики и управления, межведомственной и межтерриториальной интеграции, защиты прав пациентов, а также по во-

²⁶ Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи (Вопросы теории и практики)/Abt. Associates Inc. Bethesda, Maryland. USA. Agency for international Development ENI/HR/HP. Washington, 1996. – 203 с.

²⁷ Дьяченко В.Г. с соавт. Менеджмент в здравоохранении : учебно-методическое пособие / Под ред. проф. В.Г. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2002. – 544 с.

²⁸ Капитоненко Н.А. с соавт. Системный подход к проблемам совершенствования системы вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи // Дальневосточный медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 34–36.

²⁹ Капитоненко Н.А. с соавт. Рациональное и эффективное использование ресурсов как инструмент управления эффективностью медицинской помощи // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1998. – С. 164–168.

просам организационного, кадрового, правового, информационного и программно-технического обеспечения деятельности ЛПУ.

В период становления ОМС в Дальневосточном регионе свою отрицательную роль сыграли отсутствие соответствующей подготовки и опыта руководителей здравоохранения во внедрении технологий компьютеризации, постановки задач информатизации, формировании требований на разработку и приобретение программно-технических средств, последующего их сопровождения, что породило множество дополнительных проблем.³⁰ При наличии скудных интеллектуальных и финансовых ресурсов в территориях региона, руководители ЛПУ или отказывались от внедрения информационных систем, или прибегали к упрощенным, «косметическим» методам решения проблем информатизации учреждений. В итоге, в ЛПУ региона приобретались и накапливались разрозненные, малоэффективные, информационно не связанные между собой базы данных и простейшие программы, соответствующие имеющейся вычислительной технике.³¹

Изменить ситуацию стало возможно путем обоснованного привлечения интеллектуальных и финансовых ресурсов федерального центра. За ним должны быть закреплены задачи фундаментальных технологических разработок методического и правового обеспечения в виде отраслевых систем стандартизации, классификаций и кодирования. Создание в территориях ДФО интегрированных стандартных комплексных информационных систем уже в начале первого десятилетия XXI века позволило вести постоянный мониторинг состояния заболеваемости, планировать сеть лечебных учреждений, обосновывать необходимые ресурсы здравоохранения и ОМС. Предполагалось, что это даст возможность осуществлять взвешенную политику выравнивания условий оказания медицинской помощи в субъектах РФ ДФО в будущем.

Здравоохранение ДФО в условиях развития системы ОМС (2001–2010 гг.). По мере стабилизации экономики России и ее регионов, отечественная система охраны здоровья населения постепенно стала выходить из системного кризиса, а средства ОМС становились все более значимым источником поступления финансовых ресурсов в ЛПУ. Руководители региональных систем здравоохранения и ЛПУ в ДФО, почувствовав повышение стабильности системы, стали успешно осваивать понятия, принципы и задачи финансового планирования в системе обязательного медицинского страхования. Стали ставиться новые задачи по решению проблем рационального расходования средств в медицинских учреждениях, что отразилось в признаках роста локальной эффективности. Параллельно начались процессы стимулирования сокращения расходов на содержание инфраструктуры отрасли здравоохранения, системы ОМС и т. д.

³⁰ Капитоненко Н.А. с соавт. Интеграция в системе здравоохранения как важнейшее условие обеспечения прав граждан в качественной и безопасной медицинской помощи // Материалы IV Российской научно-практической конференции НПО Медсоцэкономинформ. – М., 1997. – С. 85–86.

³¹ Капитоненко Н.А. с соавт. Автоматизированная система управления, организация и законодательно-нормативная база обязательного медицинского страхования территориального уровня. Практическое руководство. – М., 1995. – 198 с.

Обеспечение финансовой сбалансированности или уменьшения размера дефицита финансирования Базовой программы ОМС и Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) оказания бесплатной медицинской помощи становится вполне достижимым результатом для некоторых субъектов РФ ДФО уже к 2010 году. Наличие дефицита финансирования региональной программы государственных гарантий реализовалось через Трехстороннее соглашение Субъекта РФ ДФО с Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС о выравнивании условий финансирования государственных гарантий. При необходимости вносились предложения финансовым органам об увеличении объема бюджетных средств, направляемых на реализацию ТПГГ.

По итогам переговоров по трехстороннему соглашению, как правило, проводилась дополнительная корректировка параметров ТПГГ. На основе полученного варианта с учетом утвержденных органом здравоохранения субъекта РФ ДФО норм нагрузки медицинских учреждений (с учетом Рекомендаций Минздрава РФ) просчитывался вариант реализации ТПГГ медицинскими учреждениями, находящимися на территории субъекта РФ ДФО, а также федеральными медицинскими учреждениями за пределами субъекта РФ за счет федерального бюджета (в пределах соответствующих квот). При отсутствии на территории субъекта РФ некоторых видов медицинской помощи (медицинских технологий), предусмотренных ТПГГ, могло быть предусмотрено оказание медицинской помощи жителям территории за пределами субъекта РФ за счет средств бюджета и ОМС. Итоговые цифры плана финансирования здравоохранения субъекта РФ ДФО и ТПГГ предлагались органу исполнительной власти для включения в проект бюджета субъекта РФ. Правлению Территориального фонда ОМС предоставлялся проект бюджета фонда и Территориальная программа ОМС для рассмотрения и последующего внесения на утверждение в соответствии с законодательством. При корректировке в процессе утверждения бюджета размера ассигнований на реализацию ТПГГ и величины бюджета Территориального фонда ОМС проводилось изменение соответствующих программ.

И все-таки, несмотря на улучшение процессов планирования, наиболее распространенной ситуацией в субъекта РФ ДФО после 2000-х годов было недофинансирование ТПГГ и перевыполнение бюджетных назначений. Однако уже в 2001 году в России, при плановом соотношении средств ОМС и бюджетов на уровне 63:37, фактическое соотношение сформировалось в обратном варианте – 37:63. Введение единого социального налога (ЕСН) в части, подлежащей зачислению в территориальные фонды ОМС и страховые взносы на ОМС неработающего населения, осуществляемые за счет средств региональных и/или местных бюджетов (26 %), к сожалению, не решало вопроса дефицита финансового обеспечения ТПГГ, хотя поступления ЕСН в ДФО, как правило, соответствовало плановому уровню или даже превышало его. Следовательно, главной причиной недофинансирования ТПГГ стало неисполнение органами государственной власти субъектов РФ ДФО своих обязательств по страхованию неработающего населения. В то же время сама система обязательного ме-

дицинского страхования в указанном временном периоде работала относительно стабильно. Число застрахованных по ДФО в целом и по отдельным субъектам РФ региона приближалось к реальной численности населения. В то же время, отдельные территории, такие как Камчатский и Приморский края, а также Амурская область балансировали по числу застрахованных в ОМС на уровне от 88,5 до 91,1 % от числа постоянного населения региона (табл. 54).

Анализ динамики структуры застрахованного населения субъектов РФ ДФО в 2001–2010 гг. показывает, что параллельно снижению общего числа населения региона число застрахованных работающих граждан по округу уменьшилось с 2 950 120,67 тыс. человек в 2001 г. до 2 834 227,9 тыс. человек в 2010 г. Что же относительно неработающего населения, то динамика следующая: в 2001 г. в ДФО было застраховано 3 450 348,04 тыс. человек, а в 2010 г. – 3 192 536,6 тыс. человек (табл. 55).

Следует отметить, что численность трудоспособного населения РФ с 2009 г. сокращается на 1 млн ежегодно. Всего с 2011 г. по 2020 г. она сократится на 9 млн по всем прогнозам Росстата, что корреспондируется с данными числа и динамики застрахованных в системе ОМС субъектов РФ ДФО (рис. 58). Аналогично выглядит прогнозная динамика снижения числа работающего населения на Дальнем Востоке России, что высвечивает весьма неблагоприятную ситуацию, в которую попадут региональные власти региона, когда станет необходимым решать вопросы социальных обязательств неработающему населению в условиях роста «социальной нагрузки» на работающих.

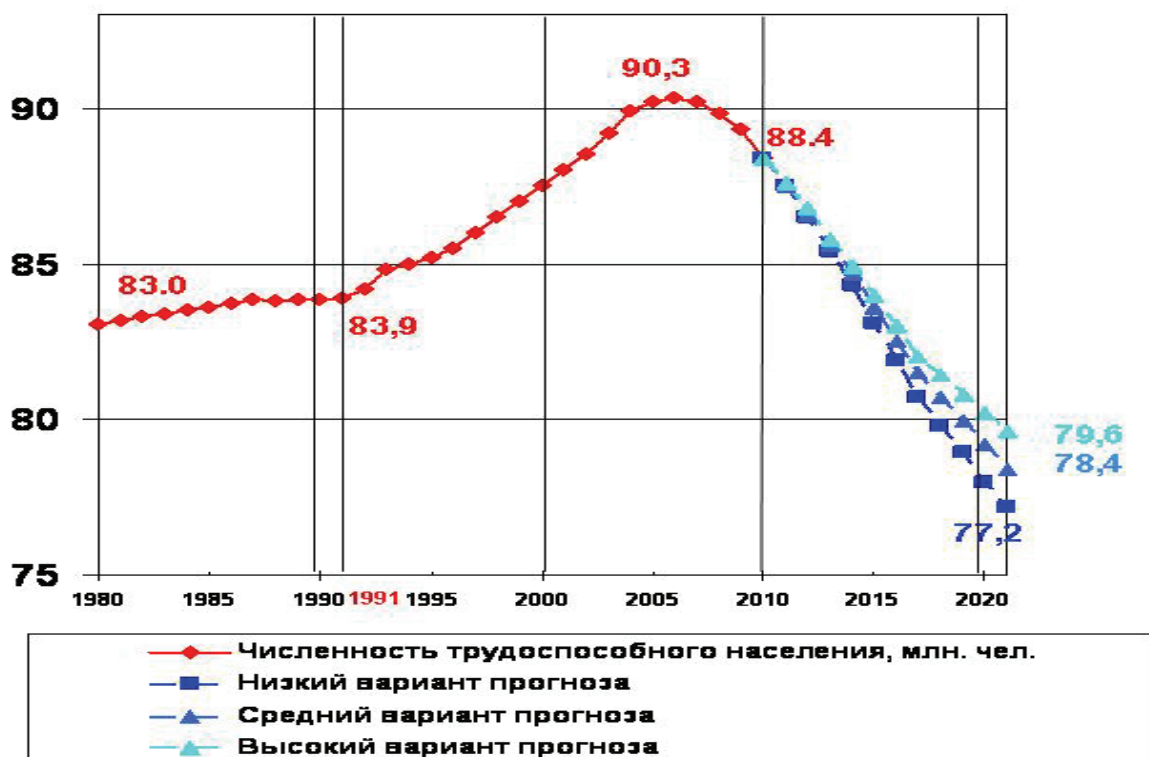


Рис. 58. Прогноз численности граждан России трудоспособного возраста (приведено по докладу Г.Э. Улумбековой «Анализ государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации»)

Численность населения субъектов РФ Дальневосточного федерального округа, застрахованного по ОМС

Год	Территория	Респ. Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская обл.	Магаданская обл.	Сахалинская обл.	ЕАО	ЧАО	ДФО	по договорам страхования												
2001	тыс. человек в % к численности постоянного населения	969,571	307,3	1973	1 552,0	845,2	204,7	567,756	181,1	66 842	640 630,871													
		99,3	87,6	91,5	107	92,7	85,6	96	93	101,5														
2005	тыс. человек в % к численности постоянного населения	940,453	320,4	1702	1 617,6	837,5	171,1	574,075	180,6	67 690	647 534,653													
		98,9	97,6	84,5	118	95,1	101,2	108	96,8	108,9														
2010	тыс. человек в % к численности постоянного населения	932,250	302,3	1 797	1 424,6	748,7	164,7	558,546	176,9	57 527	621 619,45													
		98,0	88,5	91,1	110	90,4	102,2	109	95,6	111,1														
													имеющие полисы ОМС											
2001	тыс. человек в % к численности постоянного населения	969,571	307,3	1 973	1 472,0	845,2	204,7	567,252	181,1	66 842	640 046,871													
		99,3	87,6	91,5	102	92,7	85,6	96	93	101,5														
2005	тыс. человек в % к численности постоянного населения	940,453	320,4	1 702	1 568,3	837,5	171,1	572,927	180,6	67 690	646 337,353													
		98,9	97,6	84,5	115	95,1	101,2	108	96,8	108,9														
2010	тыс. человек в % к численности постоянного населения	932,250	302,3	1 797	1 338,5	748,7	164,7	539,600	176,9	57 527	602 587,35													
		98,0	88,5	91	103	90,4	102,2	106	95,6	111,1														

**Структура населения субъектов Российской Федерации
Дальневосточного федерального округа, застрахованного по ОМС**

Год	Территория	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная	Чукотский автономный	ДФО
работающие граждане											
2001	тыс. человек	454,767	139,5	805	645,5	295,5	101,9	253762	58,9	38749	2 950 120,67
	в % к численности постоянного населения	46,6	39,7	37,8	45	32,4	42,3	43	30,3	102,6	
2005	тыс. человек	377,615	141,5	748	662,3	306,2	90,9	257399	71,2	45751	3 055 477,15
	в % к численности постоянного населения	39,7	43,1	37	48	34,8	53,7	48	38,2	113,7	
2010	тыс. человек	368,090	140,7	728	640,6	284,7	81,3	248302	57,4	32820	283 422,79
	в % к численности постоянного населения	38,7	41,2	37	49	34,4	50,4	49	31	121,3	
неработающие граждане											
2001	тыс. человек	514,804	167,8	1168	826,5	549,7	102,8	313490	122,2	28093	3 450 348,04
	в % к численности постоянного населения	52,7	47,9	54,2	57	60,3	43,0	53	62,8	100	
2005	тыс. человек	562,838	178,9	953	955,3	531,3	80,3	315528	109,4	21939	3 408 380,38
	в % к численности постоянного населения	59,2	54,5	47	70	60,3	47,5	59	58,6	100	
2010	тыс. человек	564,160	161,6	1069	787,0	464,0	83,4	291298	119,5	24707	3 192 536,6
	в % к численности постоянного населения	59,3	47,3	54	60	56,1	51,7	57	64,6	100	

В качестве субъектов обязательного медицинского страхования законодательной базой РФ были четко определены застрахованный гражданин, страхователь, страховая медицинская организация и медицинское учреждение. В то же время в России созданы самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и 84 территориальных фонда ОМС для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования.

На Дальнем Востоке России динамика числа страховых медицинских организаций была положительной, с 18 СМО в 2001 г. их число выросло к 2010 г.

до 26. Что же относительно субъектов РФ ДФО, то в течение исследуемого периода СМО не появились в системе ОМС только ЧАО (табл. 56).

В течение последних десяти лет роль СМО в системе ОМС Дальнего Востока России носила чисто формальный характер. Сегмент рынка страхования в системе ОМС неработающего населения распределялся между страховыми компаниями чиновниками региональных правительств. Сегмент рынка страхования в системе ОМС работающего населения аналогичен, поскольку степень свободы в выборе СМО у работающих на предприятиях и в организациях всех форм собственности была минимальной и в полной мере зависела не столько от региональных чиновников, сколько от руководителей хозяйствующих объектов и уровня их неформальных связей со страховщиками. Любая, даже самая незначительная страховая компания хотела бы иметь корпоративного клиента и на своем, зачастую весьма ограниченном страховом поле и на конкретной территории выступать в роли монополиста. Монополия страховщиков, с одной стороны, не давала возможности выбора гражданам удобной для них СМО, а с другой стороны не стимулировала страховщика к выполнению своих обязанностей по защите прав застрахованных перед производителями медицинских услуг как в досудебном, так и в судебном порядке.

Таблица 56

Число страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС, в субъектах РФ Дальневосточного федерального округа (2001–2010 гг.)

Год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	Еврейская автономная	Чукотский автономный округ	ДФО
2001	3	2	3	0	3	2	5	0	0	18
2005	2	2	5	8	3	2	4	1	0	27
2010	2	2	5	5	4	3	2	3	0	26

С принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» у дальневосточников появилась реальная возможность выбора СМО, ЛПУ и лечащего врача. Однако в силу правовой инертности, равнодушия большей части самих застрахованных граждан, а также сохранения у значительной части врачебного корпуса «патерналистского» отношения к своим пациентам, существовавшие ограничения на рынке как страховых услуг в ОМС, так и на рынке медицинских услуг продолжают существовать и сегодня.

В статье 14 «Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» довольно подробно прописаны функции СМО, в том числе и некоторые из них, которые должны непосредственно влиять на мнение граждан о выборе той или иной СМО.

СМО осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

СМО в соответствии с требованиями, установленными правилами ОМС, размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством РФ способами информацию о своей деятельности, составе учредителей (участников, акционеров), финансовых результатах деятельности.

СМО доводят до сведения застрахованных информацию об опыте работы, о количестве застрахованных лиц, медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

СМО информируют застрахованных о выявленных по их обращениям нарушениях при предоставлении медицинской помощи, правах граждан в сфере ОМС, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, порядке получения полиса ОМС и др.

В статье 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Федерального закона № 326-ФЗ довольно подробно регламентируется экспертная работа СМО, что дополняется Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утв. приказом ФОМС 1 декабря 2010 г. № 230).

Анализ сайтов страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС в субъектах РФ ДФО и различного вида информации о их деятельности в региональных СМИ, проведенный авторами публикации, привели к неутешительным выводам.

Предлагаемая на официальных сайтах СМО информация носит «дозированный» характер. Информация концентрируется на кратком содержании официальных документов, преимущественно федерального уровня, как правило, без разъяснения местных условий и комментариев сотрудников СМО.

Практически на всех официальных сайтах СМО отсутствует какая-либо информация о защите прав застрахованных, а также «достижения» сотрудников СМО в решении вопросов обеспечения им доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Никаким образом не освещается работа СМО по вопросам заявлений, жалоб и обращений застрахованных, их мониторинг и, самое главное, решения, принимаемые производителями медицинских услуг, органами управления здравоохранения и иными инстанциями по заявлениям застрахованных в системе ОМС, инициированные сотрудниками СМО, в том числе и судебная практика.

Таким образом, если даже какой-либо «продвинутый» дальневосточник сделает попытку найти рыночную информацию о СМО, работающую в системе

ОМС, для того, чтобы сделать осознанный выбор страховой компании, которая бы соответствовала его представлениям о рынке страховых услуг и удовлетворила бы его потребности, – он этой информации просто не найдет... В связи с этим, тезис Федерального закона № 326-ФЗ о том, что гражданин может выбрать страховую компанию, для того, чтобы застраховаться в системе ОМС, как был раньше, так и остается сегодня пустой декларацией. Выбор СМО закон гарантирует, но сделать осознанный выбор не представляется возможным в реальных условиях Дальневосточной провинции России.

Финансовые ресурсы системы ОМС ДФО (2001–2010 гг.). В последние годы в РФ сделан упор на увеличение объема и качества информации, связанной со структурой и формированием финансовых потоков в системе ОМС, но это сделано в большей мере по инициативе Федерального фонда ОМС и руководства Минздравсоцразвития РФ. Так, в 2010 году в Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования работало по договорам 8 141 медицинская организация. В 2010 году в отечественные ЛПУ поступило 515,9 млрд рублей, в т. ч. на оплату медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС – 509,8 млрд рублей. Структура системы ОМС представлена 84 территориальными фондами медицинского страхования, 100 страховыми медицинскими организациями (СМО) и 261 филиалам СМО.

Численность граждан, застрахованных по ОМС, составила 141,4 млн человек; в том числе 57,9 млн работающих граждан и 83,5 млн неработающих граждан. Из общей численности застрахованных страховыми медицинскими организациями к 2010 году на долю 14 наиболее крупных страховых медицинских организаций приходится свыше 70 % застрахованных, из которых страховой компанией ЗАО МАСК «МАКС-М» застраховано 20,5 млн человек или 14,5 % от общей численности застрахованных, СМК ОАО «РОСНО-МС» – 15,7 млн человек (11,9 %), ОАО СК «СОГАЗ-Мед» – 12,97 млн человек (9,2 %).

В структуре поступлений средств основную долю составляют страховые платежи – 477,2 млрд рублей или 97,6 %. Из них на ведение дела поступило 7,4 млрд рублей, или 1,5 %. В общей сумме расходов страховых медицинских организаций 476,5 млрд рублей (97,2 %) израсходовано на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования. Расходы на ведение дела составили 8,24 млрд рублей (1,68 %).

Основными источниками доходов бюджетов ТФОМС являлись до последнего времени налоги, в том числе единый социальный налог в части, зачисляемой на счета ТФОМС, и страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Поступление налоговых платежей в среднем по Российской Федерации на одного работающего гражданина составило 2 682,6 рубля (без учета районного коэффициента – 2 315,6 рубля или 57,0 % подушевого норматива финансирования 4 059,6 руб.); страховых взносов на одного неработающего – 2 445,7 руб. (без учета районного коэффициента – 2 111,1 рубля или 52,0 % подушевого норматива финансирования 4 059,6 рубля, утвержденного Постановлением

Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год). В контексте обсуждаемого вопроса, становится весьма интересной тема, связанная с динамикой бюджетов территориальных фондов ОМС в 2001–2010 гг. (табл. 57).

- 1. Во-первых, значительно увеличилась доходная часть бюджетов ТФОМС ДФО с 5 703,47 млн руб. в 2001 г. до 34 135,17 млн руб. в 2010 г.*
- 2. Во-вторых, выросли поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения с 1 619,96 млн руб. в 2001 г. до 13 077,64 млн руб. в 2010 г.*
- 3. В-третьих, наблюдался значительный рост субвенций на выполнение ТППГ ОМС, поступивших из Федерального фонда ОМС с 358,6 млн руб. в 2001 г. до 5 674,91 млн руб. в 2010 г.*

Причем положительная динамика поступлений финансовых ресурсов в Территориальные фонды ОМС ДФО из всех источников наблюдалась во всех субъектах РФ ДФО, что в значительной мере повлияло на стабилизацию положения большинства ЛПУ региона.

Что же относительно расходной части бюджетов ТФОМС ДФО, то тенденция роста в течение исследуемого периода также сохранялась. Расходы на выполнение территориальной программы ОМС в ДФО в 2001 г. составили 5 132,44 млн руб., а в 2010 г. – 31 202,25 млн руб., параллельно выросли расходы на выполнение управленческих функций в системе ОМС с 164,49 млн руб. в 2001 г. до 611,73 млн руб. в 2010 г.

За истекший промежуток времени с момента принятия первого закона о медицинском страховании и реализации системы ОМС в субъектах РФ ДФО, территориальные фонды ОМС превратились в жестко управляемые министерствами финансов региональных правительств структуры, практически независимые от органов управления здравоохранения территорий. Следует отметить, что в течение последних 3-5 лет намечается динамика роста влияния на политику ТФОМС федерального фонда ОМС, как с точки зрения идеологии реформы страхования, так и с точки зрения ужесточения и систематизации контрольных функций.

Таким образом, по мнению авторов настоящей публикации, в ближайшие годы финансовое обеспечение ТППГ в субъектах РФ ДФО должно осуществляться преимущественно (на 70-80 %) за счет средств ОМС. Большая часть финансовых ресурсов должна поступать в ЛПУ в форме оплаты медицинских услуг по ценам (т. е. тарифам), обеспечивающим компенсацию всех переменных и большей части условно постоянных издержек на оказание соответствующей единицы помощи. Напрямую из бюджетов, вероятно, следует финансировать капитальный ремонт, приобретение дорогостоящего оборудования, распределение которого действительно требует централизованного планирования, а также узкий круг социально опасных заболеваний, образовательных и научных программ.

Динамика бюджета фондов ОМС субъектов РФ Дальневосточного федерального округа (2001–2010 гг.)

Год	Бюджет фондов ОМС	доходная часть бюджета ТФОМС										ЧАО	ДФО
		Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская обл.	Магаданская обл.	Сахалинская обл.	ЕАО	ЧАО	ДФО		
2001	Доходная часть бюджетов ТФОМС из всех источников (млн. руб.)	1 380,2	366,8	1 308,87	1 167,6	499,1	218,5	431,8	169,1	161,5	5 703,47		
	в % к утвержденной	113,3	118,2	95,5	127,5	122,5	148,4	-	128,7	77,5			
	Поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения (млн. руб.)	522,2	56,9	410,86	300,4	125,6	20,3	45,8	81,3	56,6	1 619,96		
2005	Субвенции на выполнение территориальной программы ОМС поступившие из ФФОМС (млн. руб.)	43,0	39	68,1	53,0	44,0	29,0	36,0	29,5	17,0	358,6		
	Доходная часть бюджетов ТФОМС из всех источников (млн. руб.)	3 366,5	1 088,4	3 549,13	3 400,9	2 011,8	501,5	1 002,9	428,5	605,6	15 955,23		
	в % к утвержденной	108,6	101,5	102,2	107,2	104,3	99,2	107,7	100,8	99,7			
2010	Поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения (млн. руб.)	1 542,4	484,3	1 080,81	1 070,8	740,4	95,7	130,3	182,1	407,1	5 733,91		
	Субвенции на выполнение территориальной программы ОМС поступившие из ФФОМС (млн. руб.)	54,0	210,8	568,82	560,2	404,5	125,4	20,0	72,1	41,5	2 057,32		
	Доходная часть бюджетов ТФОМС из всех источников (млн. руб.)	6 776,3	2 872,3	8 071,57	6 774,0	3 512,2	1 136,2	2 789,7	718,7	1 484,2	34 135,17		
2010	в % к утвержденной	101,5	100,2	98,7	103,2	99,5	100,3	97,8	99,6	98,9			
	Поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения (млн. руб.)	3 149,4	1 336,4	3 225,14	2 100,0	1 119,9	308,3	263,7	338,2	1 236,6	13 077,64		
	Субвенции на выполнение территориальной программы ОМС поступившие из ФФОМС (млн. руб.)	0	372,9	2 015,61	1 683,3	1 088,9	329,1	0	169,4	15,7	5 674,91		

Год	Бюджет фондов ОМС	Расходная часть бюджета ТФОМС									
		Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская обл.	Магаданская обл.	Сахалинская обл.	ЕАО	ЧАО	ДФО
2001	Исполнение бюджета ТФОМС по расходам (млн руб.)	1 363,9	324,1	1 282,97	1 140,2	491,7	199,2	430,5	170,5	98,9	5 501,97
	в % к утвержденной	111,9	107,1	94,2	124,5	120,5	135,3	-	129,1	47,5	
	Расходы на выполнение территориальной программы ОМС (млн руб.)	1 275,4	298,3	1 215,34	1 088,1	465,2	191,4	383,9	123,6	91,2	5 132,44
	Расходы на выполнение управленческих функций (млн руб.)	30,1	9,3	43,59	32,5	15,4	7,5	13,6	4,8	7,7	164,49
2005	Подушевое финансирование административно управленческого персонала системы ОМС (руб. на человека)	64,9	48,81	21,19	22,1	35,6	63,3	0	0	529,0	5 296,93
	Исполнение бюджета ТФОМС по расходам (млн руб.)	3 348,2	1 054,2	3 563,08	3 386,7	2 021,1	509,1	1 009,7	423,5	602,8	15 918,38
	в % к утвержденной	108	92,7	102,6	106,7	103,7	95,7	108,5	99,6	99,8	
	Расходы на выполнение территориальной программы ОМС (млн руб.)	3 186,2	1 008,9	3 039,31	2 916,7	1 790,9	479,5	879,8	360,4	578,4	14 240,11
2010	Расходы на выполнение управленческих функций (млн руб.)	42,3	14,3	69,23	79,9	29,3	12,7	23,5	10,4	21,1	302,73
	Подушевое финансирование административного персонала системы ОМС (руб. на человека)	120,6	109,24	76,9	58,4	73,3	173,5	171,1	3,6	410,0	1 196,64
	Исполнение бюджета ТФОМС по расходам (млн руб.)	6 786,6	2 876,3	7 542,31	6 637,5	3 529,2	1 140,7	2 770,5	726,4	1 487,3	33 496,81
	в % к утвержденной	101,1	98	91,9	95,7	99,3	95,8	96,3	99,3	99,1	
2010	Расходы на выполнение территориальной программы ОМС (млн руб.)	6 260,8	2 731,1	7 035,15	6 181,5	3 249,4	1 049,7	2 595,5	666,8	1 432,3	31 202,25
	Расходы на выполнение управленческих функций (млн руб.)	136,6	37	133,83	112,1	62,9	27,0	51,6	19,6	31,1	611,73
	Подушевое финансирование административно управленческого персонала системы ОМС (руб. на человека)	333,0	280,18	142,89	98,2	118,7	292,9	209	7,0	570,7	2 052,57

Безусловно, перераспределение финансовых ресурсов и расходных обязательств в пользу страхового сегмента системы само по себе не решает задачи повышения эффективности общественных расходов на здравоохранение. Данное направление реформирования может и должно осуществляться согласованно с другими мероприятиями – пересмотром (а если говорить без обиняков – сокращением) государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи, реструктуризацией сети ЛПУ, совершенствованием методов оплаты медицинской помощи, развитием координации деятельности органов управления здравоохранением на региональном, местном уровнях и территориальных фондов ОМС.

Защита прав застрахованных в системе ОМС. Влияние становления и развития системы ОМС на уровень здоровья и продолжительности жизни дальневосточников сегодня должны быть поставлены на первое место при оценке эффективности системы страхования. Удовлетворение потребностей населения Дальнего Востока России в доступной, качественной и безопасной медицинской помощи может осуществляться различными путями: самолечением, обращением к представителям народной и нетрадиционной медицины или к специалистам, работающим в системе официального здравоохранения. Болезнь – это всегда риск, она несет в себе угрозу потери здоровья или жизни. Первая угроза, реализовавшись, может привести к разным по своей тяжести последствиям, в том числе к потере трудоспособности, а, следовательно, и места работы, являющегося источником дохода. Оставляя в стороне два первых варианта лечения, обратимся к системе регионального здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

За прошедшие с момента начала социально-экономических реформ годы в этой сфере накопилось достаточно много проблем, среди которых в качестве основных можно отметить:

- ✓ *стихийный характер преобразований;*
- ✓ *недостаточный пока еще уровень реального финансирования;*
- ✓ *значительный рост стоимости медицинских услуг;*
- ✓ *ухудшение доступности, качества и безопасности медицинской помощи застрахованным гражданам.*

Жители провинциальных регионов России, привыкшие за период рыночных реформ к снижению качества товаров и услуг, достаточно болезненно воспринимают низкое качество медицинской помощи, получаемой ими в ЛПУ. Организаторы здравоохранения заняты разработкой стратегий различных реформ, цель которых – усилить гарантии социальной защищенности дальневосточников в сфере здравоохранения и обеспечить повышение уровня и качества медицинских услуг. В настоящее время, по сути дела, завершается период формирования системы ОМС. Уже решена значительная часть организационных задач, созданы предпосылки для правового и финансового взаимодействия субъектов ОМС, но запаздывает реализация формирования необходимой системы защиты прав пациентов и контроля над качественными показателями медицинской помощи застрахованным гражданам.

Определение доступности, качества и безопасности медицинской помощи как объекта оценки, необходимо для выбора цели, стратегии, постановки адекватных им задач и обоснования критериев их реализации. Федеральный и территориальные фонды ОМС должны способствовать созданию и развитию системы защиты прав потребителей медицинских услуг (застрахованных в ОМС), которая позволила бы обеспечить им не только получение доступных, качественных и безопасных медицинских услуг, но и гарантировать объективную оценку их рыночных характеристик.

В предыдущие годы, на переходном этапе реформирования отечественного здравоохранения первостепенная роль отводилась первичной медицинской помощи, адаптации ее к условиям рынка, расширению объема оказываемых услуг, совершенствованию качества и эффективности медицинской помощи населению в рамках реализации идеологии обязательного медицинского страхования. Решение этих задач стало возможным лишь на основе создания достаточно стройной и эффективной системы управления качеством медицинской помощи и ресурсами каждого ЛПУ. Возможность и своевременность создания такой системы подчеркивалась в совместном приказе МЗ РФ и Федерального Фонда ОМС № 363/77 от 10.10.96 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации».³²

Задачи удовлетворения потребности застрахованных в системе ОМС в высококачественной медицинской помощи, информационного обеспечения различных уровней управления по вопросам деятельности ЛПУ, а также дифференцированной оценки и оплаты труда медицинских работников требовали создания действенных механизмов оценки качества и эффективности медицинской помощи, внедрения их в практику здравоохранения. В связи с этим, проблемы, стоявшие перед органами и учреждениями здравоохранения, а также перед системой ОМС, во многом созвучны одной из задач, сформулированной Европейским бюро ВОЗ в рамках региональной стратегии по достижению здоровья для всех, которая гласит, что все государства – члены организации должны создать эффективные механизмы, обеспечивающие качество обслуживания пациентов в рамках системы здравоохранения этих стран. Создание таких механизмов, по мнению ВОЗ, во многом диктуется и теми соображениями, что увеличение капиталовложений на развитие здравоохранения, благодаря которым происходит насыщение больничными койками, врачами, медикаментами и т. д., тем не менее, не всегда приводит к соответствующему увеличению показателей состояния здоровья населения и повышению его удовлетворенности оказываемой медицинской помощью.

Проблема защиты прав застрахованных в 2000 годах приобрела характер не только одной из труднейших, но и важнейшей задачи, непосредственно связанной с политикой и стратегией отечественного здравоохранения и медицинского страхования. Она возникла и нарастала по мере расширения числа ЛПУ, работавших в системе ОМС, а также увеличения числа страховых медицинских

³²Приказ МЗРФ и ФФОМС от 24.10.96 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медпомощи населению РФ», дополнения и изменения к данному приказу (приказ МЗРФ и ФФОМС № 26/13 от 21.01.97 г.).

организаций и роста видов и объемов медицинской помощи, формируемых в рамках исполнения Базовой программы обязательного медицинского страхования. В это время качество медицинской помощи застрахованным стало рассматриваться с позиций эффективности, адекватности и экономичности производства медицинских услуг, а основными целями здравоохранения стали повышение уровня здоровья населения и удовлетворение его потребности в доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.³³

Так как медицинские услуги в условиях реализации рыночных отношений в здравоохранении становятся товаром, они, как и любой товар, обладают потребительскими свойствами, одним из которых является качество. Качественной медицинской услугой считается та, которая соответствует достижениям современной науки и передовой практики, положительно влияет на здоровье пациента и удовлетворяет его потребности в условиях рынка.

Именно в этом направлении должна расти роль СМО в реализации повышения эффективности производства медицинских услуг. В сформировавшихся реалиях сегодняшнего дня для управления эффективностью системы ОМС важное значение имеют экономические методы, такие как контроль над обоснованностью страховых выплат и направленностью расходования средств, полученных ЛПУ. Это одна из важнейших задач СМО, которая пока реализуется в недостаточном объеме. Наиболее перспективным направлением в этом плане является введение дифференцированной оплаты труда медицинских работников, влияние на уровень которой СМО следует расширять. Предпосылки для этого уже существуют. Технология учета медицинской помощи, оказанной по программе ОМС, позволяет объективно оценить личный вклад каждого медицинского работника, принявшего участие в лечебно-диагностическом процессе.

Одним из серьезных изъянов реализации экономических механизмов управления качеством медицинской помощи застрахованным гражданам является практически полный отказ от планового восстановления стоимости фактически и морально устаревающей медицинской аппаратуры. Речь должна идти не только о крупных проектах целевого финансирования переоснащения ЛПУ в рамках региональных программ модернизации 2011–2012 гг., но и плановых решений по замене медицинского оборудования, использованного в ходе реализации Базовой программы ОМС. Например, при сокращении средней продолжительности пребывания больного в стационаре уменьшается доля так называемых гостиничных услуг; расходов на питание; зарплаты вспомогательного персонала – санитарок, охраны, администрации, однако наблюдается рост загрузки и интенсивности использования технического и технологического оборудования, увеличивается его износ и расход медикаментов.

При сохранении действующих подходов к ценообразованию и методике согласования тарифов на медицинские услуги адекватной реакцией должно быть утверждение жестких уровней отчислений на восстановление стоимости

³³ Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. – ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 60 с.

медицинского оборудования, связанное с его ускоренной амортизацией, и расходов по приобретению медикаментов. Этот уровень должен находиться в пределах 30-40 % от дохода, полученного сверх нормативных платежей. Наиболее перспективным методом экономического стимулирования качества медицинской помощи застрахованным должны стать поощрение и организация новых лечебно-диагностических технологий. Проблемой этого направления является необходимость наличия значительных начальных оборотных средств.

Еще одной стороной реальной защиты прав застрахованных должен стать качественный мониторинг достижения конечных результатов СМО, а чтобы его осуществлять, необходимо уделить должное внимание разработке нормативов моделей конечных результатов деятельности СМО в данном направлении. К сожалению, в большинстве субъектов РФ ДФО этим вопросам уделяется ничтожно мизерное внимание. Данные анализа этого раздела работы системы ОМС в регионе удалось получить в территориальных фондах ОМС. Результаты этого анализа и динамики исследуемых вопросов с 2001 по 2010 гг. не вселяет оптимизма (табл. 59). Конечно, эти показатели с методологической точки зрения несовершенны, однако и по ним можно уже сегодня составить представление об уровне работы по защите прав потребителей медицинских услуг в системе ОМС региона.

В частности, доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС в 2001 г., колебалась в территориях ДФО от 91,5 до 100 %, а в 2010 г. – от 91 до 106 %, причем, по уровню обеспеченности населения полисами ОМС последнее место в региона стабильно занимал Приморский край. С одной стороны, по данному чисто формальному признаку судить о системе страхования территории сложно, но с другой стороны отсутствие полиса ОМС значительно ограничивает доступность медицинской помощи. Показатель числа экспертиз КМП в расчете на 1 000 застрахованных в ДФО в 2001 г. колебался от 1,0 на 1 000 в Приморском крае до 159 на 1 000 в Камчатском крае, а в 2010 г. его колебания составили от 3,5 на 1 000 в ЧАО до 112,8 на 1 000 в Амурской обл.

Еще одним показателем, который в определенной мере отражал уровень защиты прав застрахованных в системе ОМС, была доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, который в динамике за 10 лет мало менялся и составил от 88 до 100 % в 2001 г., а в 2010 г. – от 68 до 100 %.

Что же относительно показателя доли случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, то колебания здесь были значительными и, вероятнее всего, зависели от реальной судебной практики в регионе по данной категории дел. К сожалению, страховые медицинские организации в системе ОМС ДФО не проводя реальной работы по защите прав потребителей медицинских услуг, соответственно не имеют практики защиты прав застрахованных в судебных инстанциях.

7.3. Перспективы дальнейшего развития системы медицинского страхования в условиях модернизации отрасли

Без реализации реформы существующей системы обязательного медицинского страхования дальнейшее развитие рынка добровольного медицинского страхования в ДФО может зайти в тупик. Несмотря на заметное количественное превосходство ОМС, как по объемам получаемых взносов, так и по темпам их прироста, система ДМС работает гораздо эффективнее, так как в ее основу положены рыночные принципы конкуренции, прозрачности и контроля качества предоставляемых услуг.

Проблемы добровольного медицинского страхования. Отечественный рынок корпоративного ДМС на Дальнем Востоке России прошел стадию экстенсивного развития, когда прирост взносов обеспечивался за счет привлечения новых предприятий и основным критерием выбора страховщика считалась цена страховки. Следующий этап – это интенсивное развитие рынка, которое предполагает конкуренцию за счет повышения качества обслуживания, усложнения и увеличения сервисной составляющей страховых продуктов, а также дальнейшую концентрацию рынка. Страхователи в регионе уже разобрались, что такое добровольное медицинское страхование, и очень требовательно и серьезно относятся к выбору страховой компании. Основную роль играет не стоимость страхования, а уровень организации добровольного медицинского страхования, авторитет страховой компании, отношение к ней сотрудников медицинских учреждений.

Если рынок корпоративного ДМС для крупных СМО уже практически полностью распределен, то рынок страхования персонала предприятий среднего и малого бизнеса, а также физических лиц имеет резервы для дальнейшего развития. Рост страхования в малом и среднем бизнесе во многом зависит от повышения страховой культуры, а также от общего подъема экономики, которая позволит средним и малым предприятиям выделять средства на страхование персонала. Нарращивание объема индивидуального страхования на данном этапе во многом связано с новыми предложениями страховщиков. Точками развития рынка индивидуального ДМС пока являются специфические страховые программы, не включающиеся в стандартный полис корпоративного ДМС: программы ведения беременности, медицинского обслуживания детей или так называемые коробочные продукты, предполагающие одновременное страхование всех членов семьи.

Темпы роста рынка добровольного медицинского страхования отстают от среднерыночных показателей региона. Что же сдерживает развитие рынка ДМС? Среди основных проблем сектора ДМС можно назвать опережающий рост цен на рынке платных медицинских услуг, что, в свою очередь, сказывается на стоимости полисов ДМС и препятствует расширению этого вида страхования. В большей мере высокая стоимость полиса ДМС сдерживает развитие именно индивидуального страхования. Страховщики со своей стороны пытаются решить эту проблему за счет создания более эффективной системы медицин-

Защита прав застрахованных в системе ОМС в субъектах Российской Федерации Дальневосточного федерального округа по данным Территориальных фондов ОМС (2001-2010 гг.)

Год	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская обл.	Магданская обл.	Сахалинская обл.	FAO	ЧАО
2001	Число экспертиз КМП в расчете на 1 000 застрахованных	159	1,0	н/д	134,6	20	1,9	10	5,1
	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз КМП	47	5,0	н/д	17,5	66	140	77	74
	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %	100	91,5	102	100	100	96	93,0	100
2005	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %	98,6	40	100	100	88	100	100	100
	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %	93,1	1,0	н/д	96,2	6,0	6,9	0	0
	Число экспертиз КМП в расчете на 1 000 застрахованных	183,8	110	34	3,8	154,2	48	5,5	8,7
2010	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз КМП	29	52	38	20	54	101	54	74
	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %	98,9	100	84,5	115	100	108	96,8	100
	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %	100	92,4	35	100	99,8	100	100	100
2010	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %	79	61,4	8	0,4	75,6	3,2	0	20
	Число экспертиз качества медицинской помощи в расчете на 1 000 застрахованных	31,5	47	32	5,3	112,8	37	16,3	23
	Число выявленных нарушений на 100 экспертиз КМП	33	28	25	143	20,3	63	90	16
2010	Доля граждан, обеспеченных страховым медицинским полисом ОМС, %	98,0	100	91,0	103	100	106	95,6	100
	Доля спорных случаев по жалобам застрахованных, разрешенных в досудебном порядке, от общего числа спорных случаев, %	100	100	68	100	100	100	100	100
	Доля случаев, которые закончились материальным возмещением, от общего числа удовлетворенных жалоб, %	90	50,9	12	7,2	80,6	33	22	0

ского обслуживания. Стремясь сделать ДМС более доступным, страховые компании в субъектах РФ ДФО оптимизируют процесс медицинского обслуживания в рамках своих страховых программ.

Рост стоимости медицинского обслуживания во многом вызван дефицитом ЛПУ, которые могли бы обеспечить требуемый уровень доступности, качества и безопасности медицинских услуг и низким уровнем конкуренции на рынке медицинских услуг региона. Наиболее сильно этот фактор действует в субъектах РФ ДФО, где часто на базе одной единственной городской или региональной больницы производятся монопольные услуги по тому или иному направлению (эндоскопическая хирургия, сложное зубное протезирование, экстракорпоральное оплодотворение, косметология и пр.).

Страховщики пока не пытаются преодолеть это ограничение за счет инвестиций в строительство новых медицинских учреждений и модернизацию старых. Многие из них считают, что наличие собственных клиник, во-первых, решает проблему привлечения и удержания клиентов страховой компании, так как на базе таких клиник можно разрабатывать эксклюзивные программы обслуживания, во-вторых, позволяет регулировать объем и целесообразность назначения медицинской помощи и, тем самым, контролировать затраты на лечение застрахованных.

Еще одним фактором, сдерживающим развитие корпоративного ДМС, служит существующее ограничение по отнесению на себестоимость расходов на страхование сотрудников в размере не более 3 % от фонда оплаты труда, тогда как стандартная программа ДМС предполагает гораздо большие затраты. Кроме этого работодатель помимо взносов на ДМС вынужден платить единый социальный налог, куда входят отчисления на ОМС, которым его работники фактически не пользуются. Принципиальные изменения на рынке ДМС могут произойти только после дальнейших реформ ОМС и системы здравоохранения в целом. При существующем взаимодействии ДМС–ОМС масштабный рост рынка ДМС невозможен.

Кроме того, следует отметить, что ДМС не относится к государственному социальному страхованию из-за различия в реализуемых ими социальных интересах и различия форм собственности и организационно-правовых форм страховых организаций, осуществляющих социальное страхование. Ведь добровольное медицинское страхование – один из наиболее противоречивых видов страховой деятельности. С одной стороны, оно относится к личному страхованию, и его зачастую сравнивают со страхованием жизни, где объем обязательств страховщика заранее определен в договоре страхования. С другой стороны, специалисты справедливо относят его к рисковому видам страхования и сравнивают со страхованием имущества. Даже в зарубежной практике медицинскому страхованию отводят промежуточное место между страхованием жизни и рисковом страхованием, точнее, «иным, чем страхование жизни».

В региональной практике на представление о сути добровольного медицинского страхования значительное влияние оказывает существующая система обязательного медицинского страхования. Низкий уровень доходов населения

Дальнего Востока России сказывается на состоянии здоровья, а значит, требуется не только разработка четкой концепции социальной и медицинской защиты, но и обеспечение этой концепции финансовыми ресурсами. Частично эти задачи и должна решить система медицинского страхования, концентрирующая в себе источники финансирования охраны здоровья посредством привлечения средств, формирования фондов страховых компаний, занимающихся ДМС.

В целом для многих субъектов РФ ДФО в настоящее время ДМС – довольно перспективный вид страхования. Это показывает число составляемых договоров и число застрахованных по сравнению с другими видами страхования. Но из-за высоких страховых тарифов страховые суммы небольшие. залогом успешного проведения ДМС является разработка страховых медицинских программ, позволяющих обеспечить сбалансированность между страховой стоимостью программы и перечнем предлагаемых медицинских услуг, а также разработка принципов расчета страховых взносов, обеспечивающих выполнение страховщиком своих обязательств по соответствующим договорам.

Система ОМС и модернизация здравоохранения. Введение Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» совпало с реализацией программы модернизации здравоохранения, направленной на повышение качества медицинского обслуживания населения по трем основным направлениям:

- ✓ модернизация материально-технической базы лечебных учреждений;
- ✓ внедрение в здравоохранение современных информационных систем;
- ✓ внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности оказания медицинской помощи в амбулаторном звене.

В 2011–2012 гг. системе обязательного медицинского страхования на программы субъектов Российской Федерации выделено 620 млрд рублей. Программа реализуется во всех субъектах РФ, мероприятия осуществляются в соответствии с планами-графиками. Из 8,2 тыс. лечебных учреждений, работающих в системе ОМС, ремонт будет осуществлен в 3,6 тыс. организаций. Для 5,2 тыс. ЛПУ было запланировано приобретение медицинского оборудования (всего около 200 тыс. единиц или 35-36 – на одно учреждение), в большинстве регионов приобретаются современно оснащенные автомобили скорой медицинской помощи.

Парадоксально, но на 1 января 2009 г. в России число застрахованных превышало численность населения на 700 тысяч. После того, как началась работа по формированию единой базы данных, оказалось, что застрахованных на 2,5 миллиона меньше, чем населения страны в целом, как это и должно быть с учетом категорий граждан, не входящих в систему ОМС.

В рамках создания в отрасли здравоохранения единой информационной системы субъектам РФ предстоит повысить техническую оснащенность медицинских организаций путем приобретения компьютерного оборудования, организации локальных вычислительных сетей и т. п.

В соответствии с региональными программами модернизации отрасли руководство субъектов РФ ДФО в сжатые сроки на системном уровне сделало

попытку провести не только технологическое обновление региональной медицины, но и изменить философию отношений между врачом и пациентом. Поставленные задачи носили амбициозный характер, тем более, что состояние отрасли здравоохранения региона было отягощено многими проблемами, которые формировались десятилетиями. За последние годы в ДФО не существовало программы полноценного, системного развития здравоохранения. В результате за годы рыночных реформ накопились застарелые, системные проблемы, которые в полный голос заявили о себе в преддверии разработки региональных программ модернизации.

С 1 января 2013 г. начато внедрение единой универсальной электронной карты. В ней зафиксировано право человека на большинство социальных гарантий, в том числе будет присутствовать приложение обязательного медицинского страхования. В РФ в перспективе будет создана единая база застрахованных граждан, которая поможет исключить дублирование страхования, отказы гражданам в получении медицинской помощи на другой территории. Персонифицированный учет позволит осуществлять контроль над использованием средств обязательного медицинского страхования и определять потребности в объемах медицинской помощи.

Федеральный фонд ОМС дополнительно финансирует медицинские услуги, которые оказываются по стандартам в субъектах Российской Федерации, доводя их финансовое обеспечение до необходимого уровня. Эти средства направляются на заработную плату медицинских работников и лекарственные средства в стационарном звене. В рамках программы модернизации здравоохранения узкие специалисты, работающие в поликлиниках, начали получать доплаты к заработной плате. Эти выплаты коснулись более 240 тыс. врачей-специалистов и средних медицинских работников.

Внедрение стандартов оказания медицинской помощи связано с переходом на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в начале 2013 г. Оплата медицинской помощи поэтапно осуществляется по полному тарифу, включающему все статьи расходов медицинских организаций за исключением капитального строительства и дорогостоящего медицинского оборудования.

В свете изменений законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения в связи с принятием и поэтапным вступлением в силу Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основные направления модернизации скорой медицинской помощи заложены в изменениях ее нормативно-правовой базы и связаны с рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения.

Важный этап в развитии системы СМП в Российской Федерации – переход к финансированию в системе ОМС. Виды и объемы скорой медицинской помощи (за исключением специализированной) оказываются в рамках базовой программы ОМС. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи осу-

ществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года. Таким образом, догоспитальный этап СМП с 1 января 2013 года вступает в новый период своего экономического развития.

Переход в ОМС системы СМП будет способствовать обеспечению за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС, соблюдению государственных гарантий прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, созданию условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС. Тем не менее, эта реформа влечет за собой необходимость рассмотрения многих вопросов, связанных как с переходным этапом, так и с периодом становления новых финансовых механизмов, а также с перспективами дальнейшего развития и совершенствования СМП в условиях ОМС.

Иллюзии о роли ОМС в развитии здравоохранения. Советский период, советская пропаганда, перестройка, социально-экономические реформы на рубеже XX-XXI веков сформировали у нашего народа и, почему-то у многих руководителей, целый ряд мифов и иллюзий о нашей медицине и роли медицинского страхования в ее реформировании. Иллюзорно мнение большинства сограждан – наше здоровье полностью зависит от состояния отечественной медицины. Это, пожалуй, на сегодня самая большая иллюзия. В современных условиях, для того чтобы эффективно охранять здоровье людей, необходим целый комплекс политических, экономических, юридических, социальных, медицинских, научных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других мер на государственном уровне, а медицинская помощь – только одна из этих мер. На самом деле роль отечественной медицины в охране здоровья населения достаточно скромна.

На региональном уровне в условиях субъектов РФ ДФО нам все чаще приходится сталкиваться с проблемами получения исчерпывающей и достоверной информации о состоянии своего здоровья, о гарантиях в получении бесплатной медицинской помощи. Различные редакции закона «О медицинском страховании граждан в РФ» и в прошлых, а особенно, в современных редакциях (№ 326-ФЗ от 29.11.2010) сложны для понимания большинства медицинских работников, а уж что говорить о простом пациенте – потребителе медицинских услуг. Тем не менее, представители системы ОМС считают, что за 20 лет ее существования в России им удалось выстроить систему страхования на случай болезни, а правовая защита застрахованных граждан сегодня стала реальностью. Но ведь число обращений и исков со стороны пациентов на ограничение доступности, некачественную и опасную для застрахованных пациентов медицинскую помощь в различные инстанции растет. К сожалению, наши сограждане все меньше и меньше надеются на помощь специалистов фондов ОМС и СМО, а обращаются или в судебные органы или в средства массовой информации.

Вообще, более чем десятилетняя история ОМС в России интересна и поучительна. В 1991 году планировалось, что система ОМС будет финансироваться за счет отчислений 3,6 % от фонда заработной платы предприятий как добавка к бюджетному финансированию. Ввели и одновременно на эту или даже большую сумму урезали бюджет медицинских учреждений. Передали финансирование здравоохранения из федерального центра в регионы, но большинство из регионов оказались дотационными, а их губернаторы все эти годы обивали пороги московских кабинетов, выпрашивая дотации, в том числе и на оказание бесплатной медицинской помощи. Медики самоотверженно работали не получая зарплаты, поскольку все остатки финансовых ресурсов здравоохранения уходили на питание и медикаменты для пациентов. А Государственная Дума и Правительство РФ почему-то постоянно «забывали» определить размер минимального взноса в территориальные фонды ОМС за неработающее население.

Известные социальные реформаторы последних лет в рамках законодательных инициатив вносят в Государственную Думу РФ сотни проектов законов, где предусматривается то монетизация льгот, то минимальный размер взноса региональных правительств в ОМС за неработающее население, то участие средств Пенсионного фонда в финансировании медицинских услуг неработающим пенсионерам и т. п. Однако сегодня практически не обсуждается достаточно простой для понимания населения, общественности, чиновников и депутатов вопрос о том, почему в странах, где власть несет ответственность за охрану здоровья собственного народа, расходы на эту охрану исчисляются от 8 до 12 % от объема ВВП, а в родном отечестве эти расходы «барражируют» на уровне от 3 до 4 % от ВВП. Ведь по заключению экспертов ВОЗ в странах, где на эти нужды тратится менее 5 % от объема ВВП, медицинская помощь становится недоступной для социально незащищенных групп (дети, безработные, пенсионеры и др.). Да зачем далеко ходить, в любом субъекте РФ Дальневосточного федерального округа именно эти группы населения постепенно отлучаются от доступной и качественной медицинской помощи.

Простому дальневосточнику совершенно безразлично, как и какими путями государство обеспечит ему бесплатное медицинское обслуживание в государственных медицинских учреждениях по программе государственных гарантий, то ли через систему ОМС, то ли иным путем. Важно, чтобы такая возможность была. В этой связи никто пока не хочет отвечать на вопрос, каким образом будет оплачиваться медицинская помощь дальневосточникам, которые не имеют возможности оплатить полис ДМС и платить из своего кармана за медицинские услуги в государственных ЛПУ, а медицинские услуги, оплачиваемые через систему ОМС, становятся все менее доступными и сомнительного уровня качества.

Многие годы в головы сограждан чуть ли не насильно вдалбливалось понятие о некоей бесплатности отечественной медицины. И если в рамках функционирования бывшего СССР этот тезис был понятен, ну если не с экономической, то хотя бы с политической точки зрения, то заверения сегодняшних ре-

форматоров о том, что всю заботу о здоровье своих граждан оплатит система ОМС, вызывает сомнение. Причем некоторые специалисты считают, что если значительно увеличить уровень финансирования отечественных ЛПУ, то население России будет довольно состоянием своего здравоохранения. К сожалению, такого нет ни в одной стране мира. Даже в США, где в здравоохранении тратится на одного жителя не \$500 ежегодно, как у нас в России, а более \$5 000, но социологические опросы в США показывают, что более 70 % американцев недовольно своей медициной.

У большинства наших соотечественников сформировалась очередная иллюзия, что им самим для поддержания и восстановления своего здоровья делать ничего не нужно, надо только вовремя получить полис ОМС или ДМС. И застрахованным гражданам можно продолжать неправильно питаться, вести малоподвижный образ жизни, курить, пить алкогольные напитки, не спать по несколько суток и при этом не болеть и жить долго.

К сожалению, чудес на свете не бывает. Пока не изменится самосознание общества, пока каждый гражданин России не поймет, что здоровье – это самый большой личный капитал, что за своим здоровьем надо следить и все делать для того, чтобы оно сохранилось как можно дольше, пока каждый российский гражданин не будет готов вкладывать все свое время, все свои силы и ресурсы в сохранение своего здоровья и здоровья своих близких, пока быть здоровым не станет престижно – кардинальных изменений не произойдет.

Все достижения отечественной медицины мы видим по телевизору, а все ее дефекты скрывает «мать сырая земля».

Налогоплательщик

Глава 8

Управление доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи населению ДФО

Планируемый переход отечественной экономики от экспортно-сырьевого к инновационному социально-ориентированному типу¹ предполагает возрастание роли человеческого капитала как основного фактора экономического развития. Целевыми макроэкономическими индикаторами долгосрочного развития России является увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75-ти лет, возрастание расходов на здравоохранение до 6-7 % ВВП. Однако государство, привыкшее считать и использовать жизни своих граждан не единицами, а миллионами, по-прежнему не выделять достаточно средств на охрану их здоровья. Самых же граждан приучают везде и за все платить, причем платить и за медицинскую помощь негарантированного качества.

Важность вопросов обеспечения качества объясняется, прежде всего, ухудшением в последние годы показателей здоровья россиян. Переход к рыночным отношениям с присущей переходному периоду экономической нестабильностью и обострившимся дефицитом финансовых ресурсов тяжелой ношей лег на систему здравоохранения. Перестали обновляться и поддерживаться основные фонды многих ЛПУ, снизилось финансирование технологических процессов, стали сворачиваться программы профилактики, заметно ухудшила свои параметры система подготовки и переподготовки кадров, были приняты беспрецедентные меры к децентрализации управления отраслью и др. Отражением этих процессов стали системные провалы в обеспечении населения доступной, качественной и безопасной медицинской помощью.

Дальний Восток России в течение всей своей истории развития представлял средоточие проблем как социально-экономического, так и климатогеографического характера, что обуславливало перекосы развития региона в сторону добывающих отраслей промышленности, военно-промышленного комплекса в ущерб развитию социальной инфраструктуры, в том числе и здравоохранения. Эти и другие проблемы не могли не повлиять на уровень качества медицинского обслуживания пациентов. Население региона, привыкшее за последние годы к снижению качества товаров и услуг, достаточно болезненно воспринимает недостаточный уровень развития медицины. Надежды на введение в стране

¹ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации. – М.: Министерство экономического развития РФ, 2008. – 211 с.

системы медицинского страхования и последующего повышения качества и доступности медицинской помощи, к сожалению, до сих пор не оправдались.

Падение с 26 до 131 места в мире по уровню развития отечественного здравоохранения в результате социально-экономических реформ управляющие структуры системы здравоохранения пережили достаточно спокойно. Сейчас, когда экономическая ситуация стала улучшаться, выросла потребность в собственных трудовых ресурсах. В результате требуются программные управленческие решения с соответствующим уровнем экономической и политической поддержки, поскольку по собственной инициативе сделать попытку к обратному движению с 131 места в рейтинге ВОЗ, хотя бы к месту в третьей десятке, отечественное здравоохранение пока не торопится.

С другой стороны, было бы неправильным не замечать усилий Правительства России по реализации национального проекта «Здоровье», Региональных программ модернизации 2011–2012 гг. с реальным финансированием и реализацией технологии контроля над расходованием средств. Результаты этих усилий уже с 2009 года почувствовали жители больших городов – на много лет пустовавших участках территориальных поликлиник стали появляться постоянные участковые врачи и патронажные медицинские сестры. Однако, до полной победы было еще очень далеко, поскольку сохранялась главная проблема отечественной медицины: продолжающееся снижение доступности, качества и безопасности медицинской помощи для граждан на фоне высокого уровня неконкурентной, монополистической среды в сфере производства медицинских услуг.

8.1. Обеспечение доступности медицинской помощи населению ДФО в условиях рынка

Современная медицинская помощь представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур. Правильно организовать взаимодействие этих элементов и процессов наиболее трудная, но вместе с тем, и главная задача в системе организации системы управления доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи. Связь между производителем и потребителем осуществляется через реальные, определенные рынком критерии – это, прежде всего, цена и качество производимой продукции (медицинской услуги).

Стремление производителей к обеспечению высокого качества медицинских услуг в современной России можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства услуг высокого уровня качества будут существовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов и обеспечения достаточного уровня доступности медицинской помощи для широких кругов пациентов. Вполне естественно, что реализация стратегических задач по повышению уровня качества медицинской помощи должна стать одним из государственных приоритетов.

Среди приоритетов социально-экономической политики развития современной России среднесрочного (до 2012 г.) и долгосрочного (до 2020 г.) периодов развития были названы:

- ✓ *принятие неотложных мер в сфере демографии и здоровья населения, направленных на стабилизацию демографической обстановки в обществе, снижение смертности в трудоспособном возрасте, материнской и младенческой смертности;*
- ✓ *структурная и технологическая модернизация здравоохранения, обеспечивающая доступность качественных медицинских услуг для населения;*
- ✓ *создание развитой инфраструктуры жизнеобеспечения и реабилитации лиц, работающих в экстремальных условиях, формирование стандартов здорового образа жизни;*
- ✓ *внедрение инновационных технологий в здравоохранении, решение проблемы его кадрового обеспечения.*

Если подвергнуть анализу эти направления, то все они, так или иначе, связаны с уровнем обеспечения доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению, не только России в целом, но и что более важно, жителям ее провинций, таких как Дальний Восток. Справедливости ради следует отметить, что по обеспечению доступности медицинских услуг и приемлемому уровню качества медицинской помощи для дальневосточников кое-что сделано, но предстоит сделать во много раз больше. Сегодня именно по этому вопросу требуются не «причесанные» данные региональной официальной статистики, а правдивые данные, какими бы печальными они бы ни были.

В реальной жизни мнения властных структур и пациентов по вопросу доступности медицинской помощи имеют полярный вектор. С одной стороны, региональные власти через местные средства массовой информации пытаются убедить потребителей медицинских услуг (пациентов) в том, что ими делается все (или почти все) для обеспечения высокого уровня доступности медицинских услуг широким слоям дальневосточников, с другой стороны – мнение самих жителей региона. Именно они говорят об огромных очередях в поликлиниках, о длительном ожидании плановой госпитализации в городах. С другой стороны, для жителей отдаленных северных населенных пунктов и сельских районов даже первичная квалифицированная медицинская помощь становится недоступной. Реально доступной для них все чаще и чаще является доврачебная помощь фельдшера или медицинской сестры. И, в этой связи, им малопонятны «отчеты» руководителей и депутатов региона о массовых закупках на миллионы долларов США компьютерных томографов, высокотехнологичных ультразвуковых сканнеров, автоматизированных диагностических систем и т. п. Все это высокотехнологичное оборудование концентрируется в ЛПУ региональных столиц, что, в условиях транспортного коллапса, не позволяет жителям «глубинки» воспользоваться услугами, производимыми с помощью этого оборудования.

Нам кажется, что говоря о доступности медицинской помощи, необходимо перейти от зачастую необоснованных заявлений представителей властных

структур о мнимом благополучии в здравоохранении региона, теоретических споров на многочисленных совещаниях и научных конференциях врачей и ученых, к реальным оценкам состояния отрасли. Сегодня следует переходить к управленческим решениям на уровне Дальнего Востока России, основанным не на разработках различных министерств, представляющих ДФО в виде некоего «пятна» на карте, а исходя из региональных задач. Управленческие решения по развитию регионального здравоохранения должны строиться на реальной оценке состоянии здоровья дальневосточников, результатах деятельности как всей отрасли, так и отдельных ЛПУ и, самое главное, на мнении самих производителей и потребителей медицинских услуг.

Некоторые аспекты взаимоотношений производителей и потребителей медицинских услуг. Казалось бы, что в условиях реформирования сферы производства медицинских услуг в ДФО должна формироваться гармонизация спроса и предложения, однако в реальной действительности этого не происходит. Сам по себе региональный рынок медицинских услуг – явление неоднозначное, поскольку он пока еще не сформировался с точки зрения основных функций любого рынка:

- ✓ *удовлетворения потребностей всех, у кого они есть;*
- ✓ *получение дохода предпринимательским сектором;*
- ✓ *создание общественных благ;*
- ✓ *потребление основной части валового регионального продукта.*

Пока он не выполняет функции системы саморегулирования и стимулирования охраны здоровья, дальневосточников ориентированной на удовлетворение потребностей в доступных медицинских услугах высокого уровня качества.

Для Дальнего Востока России необходима разработка и планирование единой многоуровневой системы медицинской помощи населению, где во главу угла должны быть заложены принципы регулируемого рынка, поскольку реальной конкуренции между производителями в территориях с низкой плотностью населения и отсталой транспортной инфраструктурой в обозримом будущем ожидать нереально. Однако производители медицинских услуг не должны мириться или соглашаться с низким уровнем доступности и качества производимых услуг дальневосточникам, т. к. в последующем ответственность за это может стать причиной моральной неудовлетворенности и повышения затрат.

По мнению значительной части медицинских работников надежды на введение медицинского страхования в 1993 году, как стабилизирующего фактора региональной системы здравоохранения, не оправдались. Сначала повсеместно страховыми взносами на ОМС «латались дыры» в бюджетах большинства субъектов РФ ДФО. Затем в течение 15 лет территориальные фонды ОМС из инновационных финансово-кредитных учреждений постепенно трансформировались в банальные корпорации, которые, как оказалось сегодня, заинтересованы только в собственном благополучии, не отвечающими за финансовое обеспечение производства медицинских услуг. На этом фоне гуманистический аспект в деятельности медицинских работников, как и любой общественно по-

лезный труд, почему-то перестал справедливо оцениваться обществом и адекватно вознаграждаться.

Естественно, что чувство социальной справедливости у медицинских работников не удовлетворено, а их взаимоотношения с населением и отдельными пациентами за последние годы изменились в худшую сторону. Во взаимоотношения врач–пациент стали постепенно внедряться и доминировать понятия «доступность медицинской помощи», «стоимость услуг», «легальный и теневой рынок медицинских услуг», «низкий уровень качества» и т. п., что отодвинуло на второе место этические принципы. Если рассматривать те случаи, когда у медицинского работника в силу каких-либо причин возникает чувство неприязни, антипатии к пациенту или его родственникам, то они могут быть подлинным моральным испытанием, т. е. насколько одинаково гуманно он может относиться к каждому пациенту, независимо от его платежеспособности. Отражением этого является решение проблемы «равенства» доступности тех или иных медицинских услуг. Внеочередной прием кого-либо из пациентов в обход принципов «равенства» является неизбежным «злом рынка» в здравоохранении региона – таково мнение большинства врачей.

Многие практикующие врачи отмечают падение профессионального престижа и одновременную девальвацию доверия у пациентов к немалой части врачей, причем в большей мере к работникам первичной медико-санитарной помощи, которые многие годы так называемых реформ, введения медицинского страхования незаслуженно находятся на обочине развития отечественной медицины. Врач «первого контакта» в последние годы испытывает запредельные нагрузки во взаимоотношениях с населением, отгородившегося от внешнего мира, в том числе и от медиков, бронированными дверями, решетками, злобными псами и т. п., особенно при оказании помощи на дому и проведении профилактических мероприятий.

Качественная и доступная информация для общества о результатах медицинского обслуживания, наряду с последовательным и разумным поведением потребителей услуг являются неотъемлемыми элементами эффективного рынка, но только этого недостаточно для существенного повышения качества медицинской помощи. Для повышения эффективности и действенности рынка при производстве медицинских услуг необходимо также иметь стремление структурных элементов отрасли к повышению показателей качества.

В этой связи следует отметить, что современной медициной потребитель (пациент) уже давно не рассматривается как пассивный реципиент врачебных действий. У пациентов свои заботы, первоочередная из которых – чувство тревоги, которое всегда сопутствует болезни. Врачи должны научиться своими действиями первым делом избавлять пациентов от чувства тревоги, связанной в большинстве случаев с болью. Но и пациенты могут внести весьма позитивный вклад в свое лечение. Они могут стать партнерами по решению проблем сохранения здоровья, а для этого научиться заботиться о себе, ответственно отнестись к вредным привычкам, сказывающимся на их здоровье, и более продуманно и обоснованно принимать решения относительно того, когда следует обратиться к врачу.

В условиях рынка специалистам по управлению региональным здравоохранением следует разработать стратегию по превращению пациента в партнера по лечению, эта стратегия сделает работу практикующего врача продуктивной, а пациента – здоровым и удовлетворенным качеством оказанных услуг. Значительным плюсом этой стратегии явится демонстрация снижения общих расходов системы здравоохранения, связанная с обучением пациентов здоровому образу жизни и формированию навыков профилактики (предупреждения) заболеваний.

В современном российском обществе, где разрыв между богатыми и бедными становится все глубже, формируются четкие различия в качестве и доступности медицинских услуг по уровню доходов потребителей. Властные структуры все чаще делают попытки переложить груз решения проблем региональной медицины и ответственность за принятие решений на производителей медицинских услуг, т. е. на медицинских работников. Роль и значение доступности, качества и безопасности медицинских услуг постоянно возрастает под влиянием развития медицинских технологий и потребностей пациента. Подъем уровня культуры и образования с каждым днем делает потребителей медицинских услуг все более разборчивыми и придирчивыми.

Конечно, если рынок производства медицинских услуг уже заполнен и ответственные производители работают в оптимальной системе, информация и последовательная политика потребителя могут дать многое. Если же производитель не способен к движению вперед, тогда имеющаяся информация о качестве и определенных потребителях может стимулировать только лучший маркетинг, но не лучшие показатели. Население концентрирует свое внимание только на информации и отвергает необходимость реформирования ЛПУ.

Именно этот случай имел место в США, когда Финансовое управление здравоохранения США (федеральное агентство США, оплачивающее медицинские услуги пожилым людям) опубликовало данные о смертности во всех больницах США, после чего, вместо усилий на сокращение смертности, ЛПУ начали критиковать данные управления здравоохранением и методы анализа. Не видя простых способов снижения этого показателя, ЛПУ тратили свою энергию на обсуждение точности информации и защищали приемлемость своих показателей.²

Сегодня в ДФО имеется реальная возможность на нынешнем этапе проведения реформ отрасли избежать тех стратегических ошибок, которые ввергли систему здравоохранения США в дорогостоящий процесс всемерного надзора за качеством, борьбы между производителями и потребителями и, в конечном итоге, сформировали тенденцию застоя.

Как ни странно, но социально-экономические реформы в России стали причиной обнищания значительной части населения провинций. В то же время, ни для кого не является секретом факт того, что здравоохранение, наряду с такими отраслями экономики как образование и сельское хозяйство, до сих пор входит в тройку самых низкооплачиваемых отраслей народного хозяйства.

² Berwick D., Wald D. Hospital leaders' opinions of the HCFA mortality data // JAMA, 1990. – V. 263. – P. 247–249.

Именно на этом уровне и формируются некоторые проблемы низкого уровня доступности медицинской помощи для беднейших категорий населения.

Кризисное состояние экономики Дальневосточного региона в настоящий временной период не позволяет обеспечивать социальную сферу самыми необходимыми ресурсами. Большинство региональных бюджетов ДФО, за редким исключением, ежегодно формируются с «привычным» дефицитом в объеме нескольких млрд руб., что вынуждает региональные правительства надеяться на помощь федеральных органов власти. Резкое падение жизненного уровня основной части дальневосточников, «ножницы» цен на продовольственные и непродовольственные товары народного потребления, резкое удорожание коммунальных и транспортных услуг, системные ошибки в проведении реформы здравоохранения привели к снижению социальных гарантий в обеспечении населения региона видами и объемами бесплатной медицинской помощи. Это привело к непосильной нагрузке на семейные бюджеты большинства жителей региона, что обострило как демографическую ситуацию, так и социальную напряженность в обществе.

Мнение потребителей медицинских услуг об уровне доступности медицинской помощи довольно часто носит нелицеприятный характер для отечественных производителей, что сказывается на результатах социологических опросов населения по уровню их удовлетворенности медицинской помощью. В частности, по данным опросов населения, проведенных в Хабаровском крае в апреле 2006 года³, по ряду направлений социологического исследования по уровню удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинских услуг более 60 % респондентов отрицательно отзывались о ЛПУ, в которых получали медицинскую помощь. Личные расходы граждан составляли 40-45 % от совокупных затрат на медицинскую помощь. Более 50 % пациентов платили за лечение в стационарах, 30 % – за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65 % – за стоматологические услуги. Аналогичные цифры удовлетворенности населения медицинской помощью получены специалистами Минздравсоцразвития РФ и другими организациями в большинстве субъектов РФ ДФО в 2010–2012 гг.

Анализ муниципальных систем здравоохранения региональных столиц ДФО, проведенный нами в 2009 г. показал, что последние обладают значительным многообразием структуры в сочетании с единообразием в виде низкого уровня эффективности. Как правило, низкий уровень эффективности связан с хроническим невыполнением нормативных параметров программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям. И это несмотря на то, что в течение последнего десятилетия наблюдается рост капитальных вложений в материально-техническое оснащение и подготовку кадров ЛПУ региональных столиц. Параллельно наблюдается снижение результатов их деятельности, что находит свое отражение в данных социологических опросов потребителей медицинских услуг.

³Опрос проведен территориальным органом ФС Госстатистики по Хабаровскому краю (№ 04-136 от 24.05.06). Сводные данные представлены в Правительство Хабаровского края и Тер. фонд ОМС. (прим. авторов)

Так, по данным Министерства регионального развития Российской Федерации в 2009 году в среднем по Российской Федерации показатель удовлетворенности населения медицинской помощью составил всего 34,7 %. Максимальные уровни удовлетворенности медицинской помощью отмечены в Чукотском автономном округе (57,0 %), Республике Мордовия (51,1 %) и Ямало-Ненецком автономном округе (48,8 %), а минимальные – в Калининградской (21,5 %) и Тверской областях (22,8 %), Республике Северная Осетия-Алания (23,5 %).

Что же относительно Дальнего Востока России, то в данном рейтинге 28 место занимает республика Саха (Якутия), 50 место – Амурская область. Остальные субъекты РФ ДФО занимают места в конце списка 83 субъектов РФ (табл. 59).

Таблица 59

Сравнительные данные опросов потребителей медицинских услуг/пациентов об удовлетворенности медицинской помощью

Рей- тинг	Субъект РФ ДФО, данные Минрегионразвития	2009 г.	Столица субъекта РФ ДФО	2009 г.
1	Чукотский АО	57,0	Анадырь	нет
28	Республика Саха (Якутия)	37,7	Якутск	62,0
50	Амурская область	32,3	Благовещенск	91,4
53	Приморский край	32,1	Владивосток	87,5
62	Магаданская область	30,5	Магадан	48,8
68	Еврейская АО	29,2	Биробиджан	нет
73	Хабаровский край	26,6	Хабаровск	88,2
74	Сахалинская область	26,0	Южно-Сахалинск	91,3
78	Камчатский край	24,3	Петропавловск	65,6

В последние годы в регионе сложилась устойчивая тенденция к преувеличению успехов в достижении показателей здоровья населения и его удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи. Иллюстрацией этого утверждения является диссонанс взглядов на проблему федеральных и муниципальных управляющих структур. Сравнительный анализ уровня удовлетворенности населения медицинской помощью показывает, что в прямое противоречие с данными Минрегионразвития вступают данные, представленные руководителями органов управления здравоохранения муниципальных образований, столиц территорий ДФО, где уровень удовлетворенности населения медицинской помощи колеблется от 91,4 % в Благовещенске до 48,8 % в Магадане.⁴

В качестве аналогичного примера представляем данные анализа социологического опроса пациентов ЛПУ г. Хабаровска, которые были озвучены на медицинском совете Управления здравоохранения в 2010 году в докладе замести-

⁴ Дьяченко В.Г. и соавт. Здравоохранение административных центров субъектов Российской Федерации Дальневосточного федерального округа. Проблемы и перспективы. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011. – № 1. – С. 9–12.

теля начальника этого управления (рис. 60). В некоторых ЛПУ уровень удовлетворенности пациентов превышал 90 % и даже достигал 100 %, чего в реальной жизни быть просто не может.

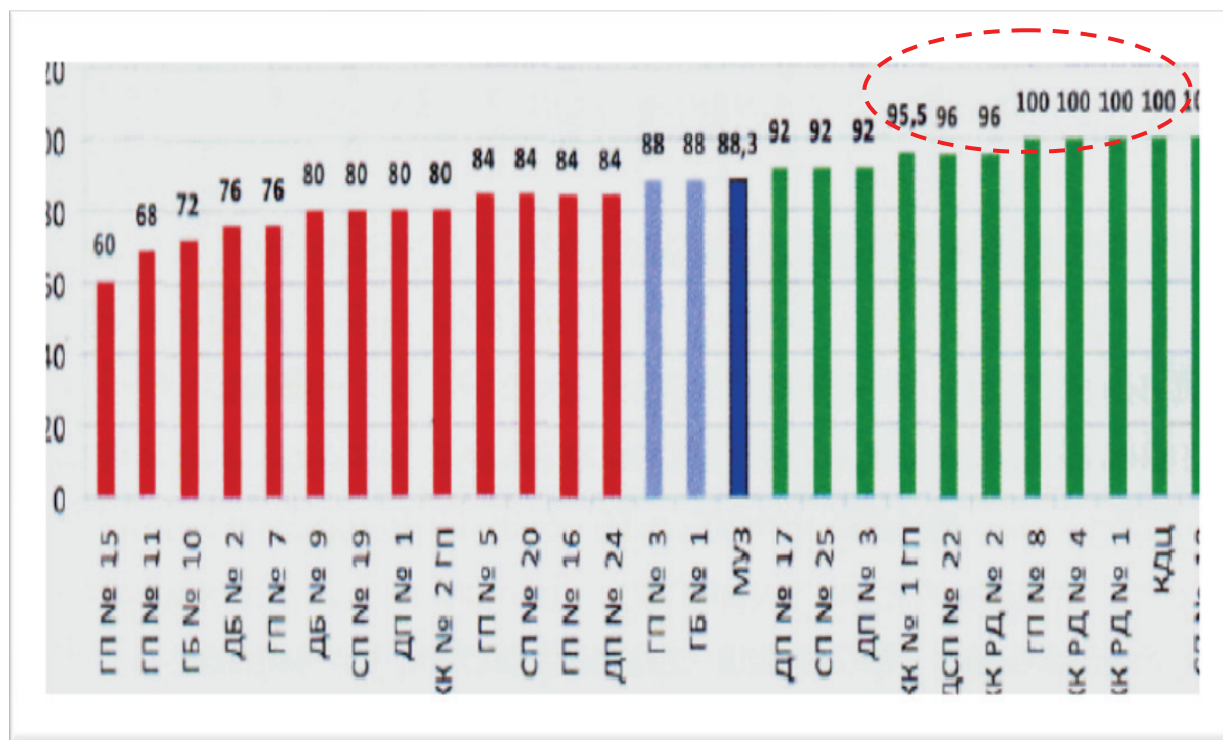


Рис. 60. Рейтинг муниципальных учреждений здравоохранения по показателю удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи

Следует согласиться с тем, что на Дальнем Востоке России уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению значительно ниже, чем в центральных регионах страны, что иллюстрируется данными опросов потребителей медицинских услуг. Внутрибольничное инфицирование, рост числа осложнений, неадекватное применение лекарственных препаратов, поздняя диагностика, врачебные ошибки и т. п. формирует дополнительные затраты, которые необходимы на исправление «брака» в работе. Тенденция роста затрат в связи с низким уровнем доступности и качества производства медицинских услуг резко снижает эффективность функционирования регионального здравоохранения.

На пороге модернизации отрасли. Только предварительные выборочные исследования, проведенные с 2007 по 2012 гг. показали, что финансовые средства отрасли используются неэффективно. Так, население ДФО за истекшие 15 лет уменьшилось более чем на 1,5 млн человек, коечный фонд ЛПУ сократился более чем на 5 тыс. коек, а параллельно увеличилось число штатных должностей в ЛПУ врачей и медсестер на 4,12 %, управленческого персонала – на 6,36 %; сократилось число штатных должностей младшего персонала на 3,7 %; число физических лиц врачей и медсестер, как правило, остается на прежнем уровне или уменьшается (ЕАО, Магаданская обл., Камчатский край); число фи-

зических лиц управленческого персонала (главные врачи, заместители, эксперты, сотрудники бухгалтерий и пр.) за годы т. н. реформ выросли более чем на 25 % повсеместно.

Фактическое финансирование медицинской помощи населению большинства территорий ДФО проводится нерационально, поскольку как финансовые ресурсы бюджетов, так и ОМС, а также личные средства граждан тратятся на развитие редких, часто уникальных, но дорогостоящих видов помощи в ущерб дешевым, массовым и эффективным. Так, доля расходов на стационарную помощь во всех без исключения субъектах РФ ДФО исключительно высока – более 70 % всех расходов отрасли, в то время как на амбулаторную помощь расходуется менее 30 %, из них всего около 8 % – на первичную медико-санитарную помощь, где работают участковые врачи, фельдшеры и патронажные медицинские сестры, где, как правило, сосредоточены все технологии профилактики заболеваний. И еще около 8 % затрат идет на финансирование скорой и неотложной медицинской помощи.

Только эта небольшая часть приведенных сведений указывает на то, что главной проблемой регионального здравоохранения является отсутствие современной модели управления доступностью, качеством и безопасностью медицинской помощи дальневосточникам. Реализуемая модель управления отраслью уже давно стала неэффективной, поэтому региональные программы модернизации на 2011–2012 гг. вряд ли позволят достигнуть запланированных результатов, в первую очередь, по повышению уровня здоровья дальневосточников. Переход регионального здравоохранения на инновационную модель, создание медицинских кластеров потребует переворота в управлении как отдельных ЛПУ, так и отрасли здравоохранения в целом. В этом плане в мировой практике наработан положительный опыт.

Более десяти лет назад в европейских странах начали внедряться инновационные проекты по адаптации технологий управления качеством продукции из промышленного производства в производство медицинских услуг. «Если методу TQM (Total Quality Management) будет обеспечен успех в здравоохранении (а мы считаем, что это возможно), то врачи должны занять в нем центральное место», – говорил Д. Бервик. Это, конечно, в большей степени относится к достаточно экономным национальным системам здравоохранения Великобритании, Канады, Австралии и др., чем к разобщенной и работающей по принципу оплаты за оказанные услуги медицине США.

Врачи национальной системы здравоохранения Великобритании, специалисты, а также врачи общей практики являются главными действующими лицами этой системы, успех работы которой зависит от желания британских врачей изучить, принять и освоить новые условия работы в единой системе здравоохранения. Они считают, что метод TQM предлагает комплекс общих принципов, на основе которых британские медики могут создать аналогичную систему управления качеством будущего, которая будет гордостью нации – мощной, поддерживаемой всеми своими участниками и действительно работающей не хуже, чем она работала в прошлом.

В прежние годы, еще в бывшем СССР, существовало предвзятое мнение о высоком качестве медицинской помощи, основанное, главным образом, на доверии пациентов к врачам и отечественному здравоохранению. Теперь, по мере роста понимания различий в уровне предоставляемых услуг, методов лечения и клинических результатов, население из официальных сообщений, от рекламных и страховых компаний, других заинтересованных сторон стремится получить информацию о том, насколько эти различия в действительности отражают разницу в качестве. Происходящие изменения в структуре здравоохранения способствуют смещению акцента в пользу качества. Возможность более широкого выбора медицинских услуг привела к росту потребности пациентов в надежной информации для проведения оценки и сопоставления стоимости медицинских услуг и их качества.

Непрерывное улучшение качества медицинских услуг требует заинтересованности всего персонала ЛПУ. Несмотря на то, что обеспечение качества является важной частью этой заинтересованности, внимание медицинского учреждения к проблемам качества должно проявляться преобразованиями в стратегическом планировании, финансировании, расстановке сил, системе вознаграждения, оценке эффективности деятельности ЛПУ и его подразделений. Для проведения этих преобразований в региональной системе здравоохранения необходимо, чтобы врачи и весь медицинский персонал были готовы понять и принять суть новых требований к обучению новой технологии управления качеством медицинских услуг и ее практической реализации.⁵

Применение имитационного моделирования.⁶ На подготовительном этапе, когда будут определены цели и задачи проекта по внедрению системы TQM, мы пытаемся проводить ситуационный анализ с последующим выходом на планирование эксперимента и принятие управленческих решений. Именно на этом этапе, как правило, всегда наталкиваемся на одну и ту же проблему – разработки и апробации модели управления процессов обеспечения КМП в условиях реального функционирования ЛПУ. Одна из важных особенностей управления качеством производства медицинских услуг – принципиальная невозможность проведения реальных работ по управлению КМП до завершения эксперимента. Возможным выходом является использование имитационных моделей.

Сущность метода имитационного моделирования состоит в построении так называемой имитационной модели исследуемого ЛПУ или его подразделения и целенаправленном экспериментировании с разрабатываемой моделью управления для получения ответов на те или иные вопросы. Говоря о методе имитационного моделирования, как правило, имеют в виду метод, ориентиро-

⁵ Guide to quality assurance. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1988.

⁶ Имитационное моделирование – это метод исследования, заключающийся в имитации на ЭВМ с помощью комплекса программ процесса функционирования медицинских технологий или отдельных их частей и элементов. Сущность метода имитационного моделирования заключается в разработке таких алгоритмов и программ, которые имитируют поведение системы ЛПУ, ее свойства и характеристики в необходимом для исследования составе, объеме и области изменения параметров (прим. авторов).

ванный на применение вычислительной техники, хотя в принципе могут использоваться любые средства, включая лист бумаги и карандаш.

Другой важный аспект – использование имитационных моделей в процессе эксплуатации информационных технологий управления для принятия управленческих решений по качеству. Такие модели создаются в процессе проектирования, чтобы их можно было непрерывно модернизировать и корректировать в соответствии с изменяющимися условиями работы пользователей. Эти же модели могут быть использованы для обучения персонала ЛПУ перед вводом в действие разработанных технологий в эксплуатацию или для проведения деловых игр.

Принципиальные возможности метода имитационного моделирования весьма велики, он позволяет при необходимости исследовать системы любой сложности и назначения с любой степенью детализации. Ограничениями являются лишь мощность используемой ЭВМ и трудоемкость подготовки сложного комплекса программ. Методы имитационного моделирования развиваются в основном в направлении исследования степени подобия имитационных моделей реальным системам и разработки типовых методов и приемов создания имитационных моделей.

Имитационное моделирование в медицине используется в основном по следующим направлениям:

- ✓ *при исследовании сложных внутренних и внешних взаимодействий ЛПУ с целью оптимизации их функционирования. Для этого на модели ЛПУ изучают закономерности взаимосвязи переменных, вносят в модель ЛПУ изменения и наблюдают их влияние на поведение системы производства медицинских услуг;*
- ✓ *для прогнозирования поведения ЛПУ в будущем на основе моделирования развития самого ЛПУ и его внешней среды;*
- ✓ *в целях обучения персонала ЛПУ, которое может быть двух типов: первый тип – индивидуальное обучение врача, управляющего неким технологическим процессом или медицинской аппаратурой; второй тип – обучение группы персонала ЛПУ, осуществляющей коллективное управление сложным объектом по производству медицинских услуг.*

В первом случае модель ориентирована на тренировку психофизиологических характеристик врача или медицинской сестры, поэтому модели называются тренажерами. Модели второго типа гораздо сложнее. Они описывают некоторые аспекты функционирования ЛПУ или учреждения и ориентированы на выдачу технико-экономических и других характеристик при воздействии на входные параметры управляющей системы (чаще всего не отдельного человека, а группы людей, выполняющих различные функции управления).

В качестве примера применения в здравоохранении имитационного моделирования приведем результаты законченной темы НИОКР, где рассматривались вопросы обеспечения качества и доступности ортопедическими стоматологическими услугами населения Хабаровского края. В этом проекте авторами отмечается, что в регионе наблюдается неуклонный рост уровня числа пациен-

тов с патологией пародонта и запущенных форм кариеса, что приводит к потере зубов и формирует контингенты пациентов остро нуждающихся в протезировании.

Несмотря на то, что в последнее десятилетие в мировой практике в технологиях изготовления различных конструкций зубных протезов достигнут значительный прогресс, на Дальнем Востоке России до 90 % протезов изготавливается по отсталым технологиям (отдельные конструкционные элементы металлических частей зубных протезов изготавливают по технологиям штамповки с последующим соединением их между собой методом пайки с помощью специальных припоев), что не может гарантировать приемлемого даже для отечественных потребителей уровня качества.

В мировой же практике много десятилетий назад на смену паяным пришли цельнолитые конструкции зубных протезов.⁷ При этом стоматологическое литье занимает ведущее место и составляет «львиную долю» в объеме технологий изготовления бюгельных и мостовидных протезов, микропротезов, пластинчатых протезов с металлическими базами, челюстно-лицевых и ортодонтических аппаратов, а также других металлических приспособлений к зубным протезам.

Внедрение литейного производства в стоматологии и 3D-технологий позволяет ручной, трудоемкий, без гарантий качества процесс «выклепывания» металлических коронок заменить высокой механизацией и точностью цифровых моделей. Естественно, это приведет к изменению всего технологического цикла. Вместе с тем, это позволяет получить значительный экономический эффект, а, главное, обеспечить высокое качество изготовления зубных протезов и тем самым значительно улучшить доступность оказания стоматологической помощи населению.

Целью проекта являлось формирование виртуальной модели перехода на новые организационные и медицинские технологии производства ортопедических стоматологических услуг населению региона с целью гарантированного улучшения доступности, качества и безопасности.⁸

В связи с этим, в рамках исполнения проекта реализовано несколько задач, связанных с реабилитацией пациентов, когда требуется восстановление функции потерянных зубов. К ним были отнесены следующие:

- ✓ *оценка обеспеченности пожилого населения региона стоматологической помощью;*
- ✓ *обоснование организации новой высокопроизводительной линии по производству съёмных зубных протезов, проведение расчетов по производству зубных протезов на основе новых технологий и сравнительного анализа с существующим производством;*

⁷ Зайцев В.П., Степанов Н.Н., Сумкин В.Е. Сравнительная оценка качества изготовления паяных и цельнолитых зубных протезов // Зубной техник. – 2003. – № 3. – С. 28–32.

⁸ Галеса С.А., Дьяченко В.Г. Управление производством стоматологических услуг в условиях рынка. – Хабаровск : АМУРБЛАНКИЗДАТ, 2008. – 540 с.

- ✓ *оценка потребностей в новых технологических линиях для осуществления зубного протезирования пожилых людей;*
- ✓ *разработка предложений по повышению качества протезирования зубов на основе развития инновационных технологий.*

Результатом внедрения проекта станет перевод одной из отраслей региональной стоматологии на современные технологии производства услуг, что обеспечит, с одной стороны, рост производительности труда в ЛПУ стоматологического профиля, а с другой – обеспечит потребителей стоматологических услуг (пациентов) высококачественными зубными протезами.

Основной идеей рассматриваемого проекта является замена существующей технологии индивидуального, трудоемкого и дорогого изготовления протезов (съемных и несъемных) на технологии конвейерного типа, использующие машины точного литья, цифровые технологии, новые материалы, увеличивающие производительность труда в несколько раз.

Расчеты технико-экономических показателей линии по производству протезов проведены на основе использования модельного комплекса «Project Expert – 6», который учитывает требования ЮНИДО (Организация промышленного развития ООН) при формировании структуры затрат, доходов, налогов, показателей эффективности проекта. Продолжительность проекта – 9 лет (108 мес.). Расчеты по программе «Project Expert» проводятся в автоматическом режиме с ежемесячными расчетами и соответствующим ежемесячным дисконтированием, начислением процентов, налогов, формированием потока наличности, поэтому они более точно отражают движение средств и показателей по сравнению с большинством методов обычного ручного счета.

При анализе инвестиционного проекта базовой стратегией выбрана так называемая «стратегия ниши», которая основывается на том, что концентрация усилий на строго определенном участке гораздо эффективнее, чем действия на широком конкурентном поле. Изготавливаемая продукция (съемные и несъемные зубные протезы) на основе поточного производства по предлагаемому проекту на время разработки не имели конкурентов на рынке Дальнего Востока России.

Стратегия развития проекта предусматривает модель совершенствования качества продукции и рост привлечения потенциальных потребителей. Несмотря на то, что по проекту численность потребителей определяется Региональным реестром граждан, имеющих право на льготное зубопротезирование, продукция новых линий по производству зубных протезов может заинтересовать ряд потенциальных потребителей в силу новых качественных характеристик (биосовместимости, увеличения срока службы и т. д.).

По мнению авторов проекта, имитационное моделирование организации двух линий производства протезов (съемные и несъемные) с высокой степенью достоверности позволяет ожидать значительный уровень рентабельности инвестиций в данный проект. Макетирование проектируемой технологии производства медицинских услуг и соответствующей части управляемого объекта осуществляется с целью проверки предполагаемых проектных решений по обеспечению качества. Оно позволяет в наиболее наглядной и понятной форме проде-

монстрировать работу будущей технологии управления качеством производства ортопедических стоматологических услуг, что способствует выработке консенсуса проектных решений.

8.2. Проблемы обеспечения качества и эффективности медицинской помощи дальневосточникам в условиях рыночных реформ

В условиях, когда, по мнению федерального министра здравоохранения, в 2010 году 18,6 млн человек, т. е. более 13 % населения России находились за чертой бедности, организация доступной, качественной и безопасной медицинской помощи именно этой группе граждан становится приоритетной задачей. В структуре населения Дальнего Востока России уровень бедности выше, чем в России в целом, что объясняет рост социально-значимых заболеваний в регионе, таких как туберкулез.

Конечно, на основании поручения Президента Российской Федерации Министерством здравоохранения и социального развития совместно с органами государственной власти регионов РФ в 2010 году начат эксперимент по оказанию государственной помощи малоимущим гражданам на основе социального контракта, который предполагает заключение с получателями помощи социальных контрактов, а точнее, договоров социальной адаптации. Органы социальной защиты по месту жительства граждан окажут материальную поддержку семьям, которые будут предпринимать активные действия по поиску работы, вести здоровый образ жизни, заботиться о детях, не совершать асоциальные поступки и противоправные действия. Но, как и предыдущие многочисленные эксперименты, данный эксперимент по нашему мнению не даст желаемого результата по причине того, что, во-первых, он не будет обеспечен достаточным уровнем ресурсов, в частности врачебными кадрами, во-вторых, утонет в межведомственных согласованиях и совещаниях.

Модернизация – изменение парадигмы управления. Современные социально-экономические условия субъектов РФ ДФО обострили кризис управления производством медицинских услуг населению, а формирование новой конкурентной среды заставило руководителей ЛПУ вновь обратить внимание на эффективность и качество. А между тем, такие категории управления, как эффективность и качество, связаны между собой прямой зависимостью. Качество производимого продукта (услуги) увеличивает долю рынка медицинского учреждения, помогает выстоять в конкурентной среде, приводит к снижению затрат и, в конечном итоге, способствует повышению эффективности всего производства медицинских услуг.

Но для повышения эффективности и качества отрасли здравоохранения региона необходимо решение нескольких проблем. В частности, формирование достаточно жесткой системы отбора и подготовки специалистов по управлению ЛПУ в условиях рынка, которые рассматривали бы процесс управления как процесс, направленный на достижение врачом уверенности в выполнении поставленных требований, как внутри ЛПУ, так и за его пределами, хотя бы в рамках реализации модели международных стандартов ИСО серии 9000/2000

(TQM – Всеобщего Управления Качеством).⁹ А самое главное определение ясных целей и программ стратегии развития здравоохранения субъектов РФ ДФО, как минимум до 2025 года, которые бы базировались на результатах НИОКР.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 ноября 2009 года и в Основных направлениях антикризисных действий Правительства Российской Федерации на 2010 год говорится о необходимости всесторонней модернизации, изменении качества жизни в России, переориентации экономики на реальные потребности людей, в том числе на улучшение здоровья граждан. В настоящее время МЗ делает попытки реализовать концепцию (программу) долгосрочного развития здравоохранения России до 2020 года¹⁰ и рекомендовало разработать программы модернизации регионального здравоохранения всем субъектам РФ на 2011–2012 гг. исходя из социально-экономической ситуации, демографических показателей, а также показателей здоровья населения и др.

К сожалению, как уже повторялось неоднократно в последние годы, региональные программы модернизации здравоохранения базируются на «причесанных» статистических показателях, а не на достоверных результатах НИОКР. Модернизация объектов медицинской инфраструктуры должна происходить в направлении снижения объема коечного фонда и создания на высвободившихся площадях подразделений для реализации современных технологий, рациональных походов к процессам профилактики заболеваний, внедрения эффективных механизмов экономического стимулирования ЛПУ и их сотрудников.¹¹ Строительство новых зданий ЛПУ взамен зданий с высокой степенью износа должно соответствовать современным требованиям, в том числе по противопожарной безопасности и сейсмостойкости.

Также необходимо создание организационной системы, предусматривающей:

- ✓ возможность своевременного поступления пациента в ЛПУ, аккредитованное для оказания качественной медицинской помощи при конкретном заболевании или патологическом состоянии, то есть оснащенное необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, укомплектованное подготовленными медицинскими кадрами и обеспеченное необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения согласно соответствующим стандартам медицинской помощи;
- ✓ возможность поэтапного продолжения лечения в других ЛПУ (преемственные долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное, восстановительное лечение) или на дому до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление).

⁹ Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. – М.: Изд-во ДВГМУ, 2007 – 478 с.

¹⁰ Доклад Министра Т.А. Годиковой на расширенной коллегии МЗиСР РФ, 26 марта 2010 года.

¹¹ Киселев С.В., Сунгатов Р.Ш. Инновационная деятельность в экономической системе здравоохранения. – М., 2007.

Для формирования организационной системы, гарантирующей доступность и качество медицинской помощи, необходима реализация распределения функциональных обязанностей ЛПУ, подтвержденное аккредитацией их к конкретным видам медицинской деятельности, интеграция всех ЛПУ (амбулаторно-поликлинических, скорой помощи, стационаров) в единую систему оказания медицинской помощи с определенными маршрутами пациентов, организацией необходимой этапности организации производства услуг.

Конечной целью реформы здравоохранения ДФО на ближайшее десятилетие является улучшение доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению. В различных условиях эта задача может решаться по-разному. При сегодняшней ограниченности всех категорий ресурсной базы отрасли на первый план должны выходить методы наиболее рационального использования имеющихся средств. В первую очередь, требуется пересмотр структуры оказания медицинской помощи. Как ни парадоксально это звучит, но в региональном здравоохранении уже многие годы наблюдается избыток штатных врачебных должностей в ЛПУ регионального уровня, а не избыток физических лиц, и чрезмерное число коек в стационарных ЛПУ. Отсюда – высокая затратность и неэффективность системы производства медицинских услуг на фоне рассуждений по поводу недостаточного уровня финансирования отрасли в целом.

Необходимые права по модернизации системы регионального здравоохранения делегированы действующим законодательством каждому губернатору и мэру городского округа или муниципального района, но большинство из них пассивно ждет инициирования механизма повышения связи уровня оплаты труда медицинских работников с количественными и качественными характеристиками результатов от федерального центра. Непринятие соответствующих решений в субъектах РФ и муниципальных образованиях формирует новые блоки проблем в обеспечении качественной и доступной медицинской помощи населению ДФО, особенно первичного уровня.

Проводимые консультации с руководителями различных медицинских учреждений Амурской, Сахалинской, Магаданской обл., а также Хабаровского, Приморского и Камчатского краев показали, что число эффективно функционирующих врачей общей (семейной) практики (ВОП) не превышает нескольких десятков. А если рассматривать внедрение этих технологий с позиций специалистов здравоохранения экономически развитых стран, таких как Великобритания, Канада и Австралия, то на Дальнем Востоке России реально функционирует менее десяти ВОП. И действительно, до сих пор остается неясным, какое же число из них действительно работает по специальности «общая врачебная практика», т. к. не реализуется подушевое финансирование этой технологии по модели конечных результатов.

Вузы региона уже в течение нескольких лет прекратили реальную дипломную и постдипломную подготовку врачей общей (семейной) практики, хотя формально система их подготовки работает. А самое главное, сегодня практически нет «полигонов» для сертификации и переподготовки врачей общей практики. Ведь нельзя же всерьез воспринимать существующие «Кафедры се-

мейной медицины» дальневосточных медицинских вузов в качестве клинических баз подготовки врачей общей практики, поскольку последние все больше и больше напоминают существовавшие ранее кафедры поликлинической терапии и педиатрии. В то же время, именно в ЛПУ первичной медико-санитарной помощи региона и формируется главная проблема снижения уровня доступности медицинской помощи и невероятный уровень отсталости организационных и медицинских технологий. По данным анализа статистических отчетов отдельных ЛПУ субъектов РФ ДФО (УФ-№ 30) штат врачей и медицинских сестер ЛПУ ПМСП укомплектован физическими лицами на половину от потребного уровня. Причем большинство медицинского персонала ЛПУ достигло пенсионного или предпенсионного возраста.

В конце 2010 года Правительство России приняло ряд решений, которые призваны продвинуть отечественную систему здравоохранения вперед... «Задача повышения качества медицинской помощи актуальна и востребована обществом. В этом году во всех регионах страны прошло обсуждение проблем здравоохранения с участием общественных организаций и профессиональных объединений медицинских работников. Администрации субъектов РФ провели инвентаризацию сети медучреждений, выявили узкие места и проблемы, влияющие на качество лечения граждан. На устранение этих проблем и направлены региональные программы модернизации здравоохранения» – сказал В.В. Путин, Председатель Правительства РФ на совещание по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, 9 ноября 2010 г.

В планах модернизации отрасли (2011–2012 гг.) многие регионы направили свои усилия на решение проблем доступности и качества медицинской помощи для населения, что, как правило, связано с дефицитом кадровых ресурсов ЛПУ. Следует отметить, что кадровая политика должна основываться на правдивой и системной оценке сегодняшней ситуации в ЛПУ ДФО. Оценка должна включать имеющихся в наличии врачей, их состава, возрастной структуры, распределения и размещения, их прогнозируемой эволюции в соответствии с различными сценариями. Необходимо проводить анализ динамики рынка труда медицинских работников с позиции притока (включая миграцию) и оттока, внутренней мобильности между государственным и частным сектором, оценку влияния освоения новых технологий, оценку качества работы ЛПУ и качества программ по образованию и подготовке кадров. Кроме того, следует учитывать существующую нормативно-правовую базу, определяющую разделение обязанностей между различными специальностями и обеспечивающую качество работы, анализ условий труда и систем стимулирования и многое другое.

На базе этих оценок может быть запущен процесс определения потребностей во врачебных кадрах путем выявления расхождений между существующей сегодня и более желательной ситуацией. Требуется определить необходимые затраты на осуществление различных вариантов региональных стратегий, направленных на оптимальное обеспечение ЛПУ различных уровней медицинским персоналом всех специальностей. В условиях региона политика по разви-

тию медицинских кадров должна установить, работники какого типа, с какими навыками и в каком количестве будут востребованы ЛПУ, 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. Для того чтобы реализовать подобную стратегию ее выбор должен согласовываться с различными заинтересованными сторонами, начиная от органов управления субъектов РФ ДФО и кончая медицинскими образовательными учреждениями. И, самое главное, кадровая политика – это не одноразовое действие, и уж тем более не двухлетняя программа действий, а это реализация научно-обоснованного стратегического плана на несколько десятилетий. Подготовка высококлассного врача или медицинской сестры занимает период от 8 до 10 лет, а подготовка креативного руководителя ЛПУ и того больше.

На пути к реализации индустриальной модели управления КМП. Реализация индустриальной модели управления КМП формируется на основе единой для разработчиков модели, исполнителей и потребителей медицинских услуг определения качества медицинской помощи. Индустриальные методы управления качеством сегодня в большинстве стран являются эталоном управления качеством в медицине. Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи является частным случаем модели непрерывного повышения качества и по аналогии с промышленным производством предусматривает управление результатом путем совершенствования технологии лечебно-диагностического процесса.

Ее основу составляют: процессный анализ, ориентация на непрерывное совершенствование обозначенных процессов, вовлечение в управление всего персонала, постепенный отказ от массового инспекционного контроля в пользу контроля технологии работ со стороны исполнителей и стратегическое планирование с учетом будущих потребностей населения в характере и объеме медицинской помощи. Эффективность индустриальной модели управления связана с минимизацией стоимости медицинских услуг, прогрессивным увеличением клинической результативности лечения и доступности медицинской помощи для населения.

Являясь наиболее сложной для социального восприятия и требующая соответствующей организационно-методической базы, индустриальная модель управления КМП может быть внедрена только при наличии определенных условий, в частности, готовности как персонала, так и управляющих структур, к изменениям. В частности, к внедрению новых методов управления качеством производства медицинских услуг, готовности организации лечебно-диагностического процесса в целом к современным методам управления, а также соответствия состояния материально-технической базы ЛПУ запланированным шагам по модернизации производства медицинских услуг.

Сегодня важно отметить, что идеи и взгляды ведущих ученых прошлых лет в области управления качеством продукции в настоящее время изучаются и применяются в отечественном здравоохранении. Можно проследить связь между их трудами и такими историческими и современными именами, более из-

вестными в кругах, занимающихся повышением качества обслуживания в здравоохранении, как, например, Ф. Найтингейл, Н.И. Пирогов, Е. Кодмэн и А. Донабедиан.

К примеру, наряду с личным примером качественного руководства госпиталем во время Крымской войны, продемонстрированным Флоренс Найтингейл, применение ею графических наглядных пособий для обучения и мобилизации средств для улучшения медицинского обслуживания раненых, позволяет оценить роль лидеров в улучшении качества в современных больницах и других учреждениях здравоохранения. Параллельно оригинальные для своего времени принципы управления технологиями оказания медицинской помощи раненым были разработаны знаменитым отечественным хирургом Н.И. Пироговым во время ведения боевых действий в Крымской 1854–1855 гг., франко-прусской и русско-турецкой войнах 1877–1878 гг. Этим он заложил основу в разработку и реализацию современной модели управления качеством. Николай Иванович Пирогов впервые обосновал важность деятельности врачей-администраторов. Модель управления качеством, предложенная еще в XIX веке нашим знаменитым соотечественником, включала «сортировку» и «этапность» оказания медицинской помощи, профилактику инфицирования ран и многое другое.¹²

Сосредоточение Е. Кодмэном в последующие годы внимания на системе организационной отчетности по качеству и необходимости принятия высшим руководством и управленческими отделами на себя соответствующих обязанностей по оценке и улучшению качества подтверждает тот факт, что ответственность за улучшение качества не может быть перепоручена какой-то специальной комиссии в ЛПУ. Е. Кодмэн призывает нас также сосредоточиться на причинах неадекватных исходов лечения, коренящихся в прошлом; он приглашает нас исследовать весь процесс лечения и сбои в этом процессе, приводящие к отрицательному результату. Далее, он указывает, что контроль затрат и эффективность являются важнейшими элементами всеобщей (в рамках ЛПУ) заботы об увеличении ценности и улучшении качества обслуживания.¹³

Аудит медицинского учреждения. Идеологи современной системы качественных оценок в здравоохранении считают, что существует исчерпывающая схема для изучения оказания медицинских услуг. Качественная оценка требует ясного понимания этой схемы до того, как будут предприняты попытки усовершенствовать повседневную работу ЛПУ.¹⁴ Сложность технологических, организационных и экономических взаимосвязей между элементами системы ЛПУ предопределяет необходимость учитывать в процессе исследования закономерностей и особенностей деятельности, а также специфические особенности методологических принципов системных исследований. При проведении

¹² Эти сведения наиболее подробно освещены в следующих публикациях: «Начало общей военно-полевой хирургии». «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии». «Отчеты о поездке на Кавказ в 1847 г. и в Эльзас и Лотарингию в 1870 г.». (прим. авторов).

¹³ Codman E.A. Study of Hospital Efficiency. Boston Mass.: Privately published care. 1917.

¹⁴ Donabedian A. «The Quality of Care: How Can It Be Assessed?» JAMA260 (1988): 1743–48.

исследования по управлению качеством мы принимаем во внимание свойства исследуемых систем ЛПУ.

Во-первых, свойства системы медицинского учреждения – это не простая сумма свойств ее элементов, а наличие других свойств, возникающих именно из-за наличия взаимосвязей между ее элементами (закон эмерджентности).

Во-вторых, сложность любого ЛПУ как реально существующего объекта исследования требует представления в виде ряда упрощенных (по сравнению с действительностью) моделей. Каждая из них должна быть ориентирована на решение конкретного круга задач и являться лишь некоторым более или менее значительным упрощением реально существующего объекта.

В-третьих, ЛПУ как система не может функционировать вне взаимосвязей с внешней средой, оказывающей на условия и результаты деятельности ЛПУ существенное влияние, и поэтому является открытой системой, находящейся в непрерывном взаимодействии с другими, иными словами, сама является подсистемой более общей экономической системы высшего уровня.

Для осуществления реализации идеологии TQM в ЛПУ необходимо приступить к первому этапу цикла «План–Проба–Проверка–Действие», а осуществить этот этап невозможно без проведения предварительного анализа ситуации в ЛПУ, причем анализ должен включать изучение как внешней, так и внутренней среды производства. В конкретных условиях производства медицинских услуг надлежащего качества нами усовершенствована методология аудита медицинского учреждения.

По нашему мнению, медицинский аудит – это системный процесс получения и оценки объективных данных об экономических действиях и событиях в ЛПУ, устанавливающий уровень их соответствия определенному качественно-му критерию производства услуг и представляющий результаты заинтересованным пользователям. Данное определение содержит следующие ключевые моменты:

- ✓ *оценка должна быть объективной, т. е. независимой от влияния субъективных факторов – администрации, собственников, работников ЛПУ;*
- ✓ *аудитор определяет степень соответствия данных, представленных в отчетности, реальным данным, т. е. выражает свое мнение по поводу верности и обоснованности информации, содержащейся в отчетах, а не подтверждает абсолютную точность представленных данных;*
- ✓ *проверка совершается в интересах определенных лиц, поэтому аудитор точно определяет, в какой мере проверенные факты соответствуют критериям и стандартам.*

Сторона, в отношении которой проводится аудиторская проверка, представляет собой экономический субъект, обязанный составлять статистическую и финансовую отчетность в соответствии с законодательством РФ. В рамках нашего понимания медицинского аудита ЛПУ – это аналитический комплекс взаимосвязанных систем подразделений и ресурсов, обеспечивающих технологический конвейер производства медицинских услуг. Мы рассматриваем ЛПУ как субъект рыночных отношений в рамках маркетинговой концепции, означающей управление медицинским учреждением исходя из внешних критериев

рынка, так называемых факторов макро- и микросреды, рыночной конъюнктуры.

Среда ЛПУ определяется факторами экономического, технического, социального, правового, политического и другого характера, однако с точки зрения качества медицинских услуг для ЛПУ важное значение имеют характеристики среды в виде поведения потребителей, действий конкурентов, политики поставщиков и посредников. Складывающееся на данный момент соотношение между предложением и спросом, конкретные условия хозяйственной деятельности ЛПУ формируют конъюнктуру рынка медицинских услуг.

Управление производством медицинских услуг высокого уровня качества исходя из «внешних» критериев предполагает создание в ЛПУ следующих подсистем:

- ✓ *подсистемы восприятия внешней (рыночной) информации;*
- ✓ *подсистемы обработки полученной информации, формирование конкретных выводов, необходимых для стратегического планирования развития;*
- ✓ *подсистемы ответного реагирования, включающей мероприятия на рынке, направленные на формирование положительного отношения к самому ЛПУ, и его конечным продуктам, услугам, а также мероприятия, регулирующие конкуренцию, т. е. создающее конкурентное преимущество.*

Постоянное поддержание такой системы ЛПУ, ориентированной на внешние условия, создает возможность «нормального» выживания субъекта предпринимательской деятельности на рынке. Разумеется, что все вышесказанное будет верным только для ЛПУ с серьезным внутренним потенциалом.

Введение аудиторской проверки как части регулярно осуществляемой систематической медицинской деятельности, было в свое время подсказано решением правительства Великобритании, которое было принято в январе 1989 года и объявлено в документе «Работая для пациентов» – White Paper. Таким образом, в саму концепцию качества вкладывается более широкий контекст, охватывающий социальные перспективы, так как его выражают пользователи, финансирующие стороны, а не только производители медицинских услуг, как это было до сих пор.

В нашей трактовке аудита равное внимание уделяется мнению врачей, т. е. производителей и мнению пациентов, т. е. потребителей. Такое полезное разделение, включая и точки зрения всех участвующих сторон в определении качества, учитывалось также и при определении целей при подготовке методики аудита ЛПУ.

Причины сегодняшнего неприятия идеологии внутреннего и внешнего аудита медицинских учреждений связаны с серьезным недофинансированием отрасли здравоохранения, пренебрежением владельцев ЛПУ к модернизации основных производственных фондов, ресурсов и т. п. Но возможно это также связано с нереальными разработанными стандартами структуры, процесса и результата, которые должны быть внедрены. Проведение медицинского аудита с использованием множества регулирующих механизмов может способствовать

повышению качества и эффективности деятельности ЛПУ. После формирования планов по реализации идеологии TQM на основании системного анализа (аудита) деятельности ЛПУ необходимо создание механизмов совершенствования технологий достижения более высокого уровня качества производимой продукции – медицинских услуг.

В процессе работы группы аудиторов формируется несколько положений: ответственным исполнителем процесса производства медицинской услуги является врач или иной медицинский работник; анализу может подвергаться реальный процесс производства медицинских услуг.

Управленческое решение, основанное на результатах аудиторской проверки, позволяет формировать последовательность действий по решению проблемы недостаточного уровня качества по тому или иному направлению деятельности ЛПУ.

Для полного представления хода производства медицинских услуг следует сформировать схему технологического процесса организации медицинской помощи пациентам в конкретном ЛПУ. Схема составляется на основании анализа медицинской документации и результатов подробного опроса врачей, медицинских сестер, заведующих отделениями и службами, пациентов и т. п. В результате формируется «Карта клинического процесса», в которой фиксируется реальный процесс производства медицинских услуг. Экономические стимулы и конкурентная борьба на рынке медицинских услуг заставляют медицинские учреждения искать пути повышения качества медицинской помощи, добиваясь в то же время снижения затрат на них.

В условиях модернизации отрасли здравоохранения России внедрение современных методов управления качеством наталкивается на отсталость технологических процессов по производству медицинских услуг во многих провинциальных ЛПУ, неспособность руководителей систем здравоохранения и отдельных ЛПУ к пониманию и руководству внедрением инноваций. Большинство специалистов управляющих структур отрасли здравоохранения, являясь фактически врачами-лечебниками, весьма смутно представляют себе цели и задачи системы TQM, практически не имеют подготовки по вопросам стратегического планирования и управления ЛПУ в новых экономических условиях. Тем весомее становятся достижения энтузиастов по внедрению технологий TQM в практическую деятельность отечественных лечебно-профилактических учреждений.

Программа повышения качества медицинских услуг в ЛПУ. Примером подготовки и реализации такой программы может служить НИОКР, выполненная под руководством авторов настоящей публикации. Клинической базой ее разработки и реализации являлся 301-й Окружной военный клинический госпи-

таль ГВМУ МО РФ.¹⁵ Госпиталь на начало планирования НИОКР был развернут на 1 000 коек, в нем функционировало 34 лечебных отделения, диагностические и параклинические отделения. В 2001–2004 годах в 301-й ОВКГ были подвергнуты системному анализу основные показатели, отражающие результативность медицинской помощи (медицинские, социальные, экономические), на которые необходимо ориентироваться в динамике при оценке качества медицинской помощи.

Ежеквартальный мониторинг социальной результативности (удовлетворенности пациентов медицинской помощью) в 301-м ОВКГ выявил достаточно высокий уровень ($87,4 \pm 0,74$ %), что отражает не только давние традиции военной медицины в организации лечебной работы и ухода за больными, но и доступность бесплатной высокоспециализированной помощи.

На основании системного анализа (аудита) качества медицинской помощи и экономической эффективности лечебно-диагностического процесса в госпитале была разработана программа совершенствования деятельности по управлению качеством производства медицинских услуг. По мере реализации проекта наблюдалась положительная динамика показателей доступности, качества и безопасности медицинской помощи военнослужащим, снизились средние сроки лечения, повысился оборот койки, что позволило без ущерба качественных показателей планомерно повышать уровень функционирования коечного фонда и эффективность его использования.

В структуре системы управления качеством и эффективностью медицинской помощи были выделены три уровня:

I уровень – начальник госпиталя и его заместители, начальники служб. Основными функциями этого уровня является системный анализ и стратегическое планирование вопросов в области управления качеством и принятие решений, отражающих управление структурной составляющей обеспечения КМП: кадры, финансы, оборудование медикаменты и т. д.

II уровень – ведущие специалисты госпиталя. Задачей этого уровня в области обеспечения КМП является анализ КМП и организация управления процессной (технологической) составляющей обеспечения КМП: разработка технологий (стандартов) медицинской помощи, социальный опрос (анкетирование) удовлетворенности пациентами КМП в госпитале, планирование тактического характера и внесение предложений по совершенствованию лечебно-диагностического процесса на первый уровень.

III уровень составляют начальники отделений и кабинетов, различные комиссии, организованные в госпитале, в функции которых входит оценка результативности медицинской помощи и внесение предложений на второй уро-

¹⁵ Кривоногов П.А. Совершенствование системы управления качеством и эффективностью медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Дисс. к.м.н. – Хабаровск, 2006. Работа выполнена в ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава и 301-м Окружном военном клиническом госпитале. Научный руководитель проф. В.Г. Дьяченко. (прим. авторов).

вень, анализ работы подразделений и формирование технологии самоконтроля на рабочих местах.

Руководящую роль в системе управления качеством осуществляет руководитель ЛПУ (начальник госпиталя), опираясь на заместителей руководителя учреждения.

Заместители начальника госпиталя осуществляют функционирование системы управления качества в 301-м ОВКГ через ведущих специалистов госпиталя, различные комиссии, созданные в госпитале и на основании текущего контроля лечебно-диагностического процесса каждого подразделения госпиталя. Полученная информация в совокупности с информацией об основных показателях работы подразделений и госпиталя в целом за определенный период времени, получаемая из отделения сбора и обработки информации (ОСОИ), выносится на заседания комиссии управления качеством медицинской помощи, возглавляемой начальником госпиталя не реже 1 раза в квартал. Основные функции системы управления КМП 301-го ОВКГ представлены ниже.

1. Планирование. Стратегическое и тактическое планирование: кадровое, финансовое, технического и медицинского обеспечения госпиталя, планирование контрольных показателей, отражающих КМП для каждого подразделения и госпиталя в целом на определенный период времени, планирование мероприятий по устранению основных причин случаев ненадлежащего качества лечения, мероприятий по повышению эффективности и экономичности медицинской помощи. Эта функция осуществляется первым уровнем структуры предлагаемой модели (начальником госпиталя и его заместителями) и служит основой для принятия решений, влияющих на структурную составляющую обеспечения КМП.

2. Методическая: разработка и совершенствование стандартов и протоколов ведения больных в госпитале, разработка методических рекомендаций по вопросам КМП, обучение медицинского персонала вопросам, отражающим КМП. Эта функция осуществляется в основном на втором уровне предлагаемой модели (ведущие специалисты) и отражает процессную (технологическую) составляющую обеспечения КМП.

3. Аналитическая: сбор и анализ текущих и периодических показателей, отражающих КМП в госпитале. Эта функция осуществляется на всех уровнях и отражает результативную составляющую, включая медицинскую, экономическую и социальную результативность.

Порядок формирования и принятия администрацией 301-го ОВКГ того или иного решения структурного характера представлен на рис. 60.

Порядок принятия администрацией госпиталя решений в области обеспечения КМП связан с прохождением нескольких этапов:

1) выявление основных проблем и определение основных направлений в области КМП, разработка 2-м уровнем (ведущими специалистами) на основании предложений, поступивших с 3-го уровня (начальники отделений и кабинетов, комиссий);

2) анализа нескольких альтернативных вариантов решения той или иной проблемы, вынесение на обсуждение;

3) рассмотрение и предложение начальнику госпиталя наиболее оптимального решения заместителями начальника госпиталя (Госпитальной комиссией по управлению КМП);

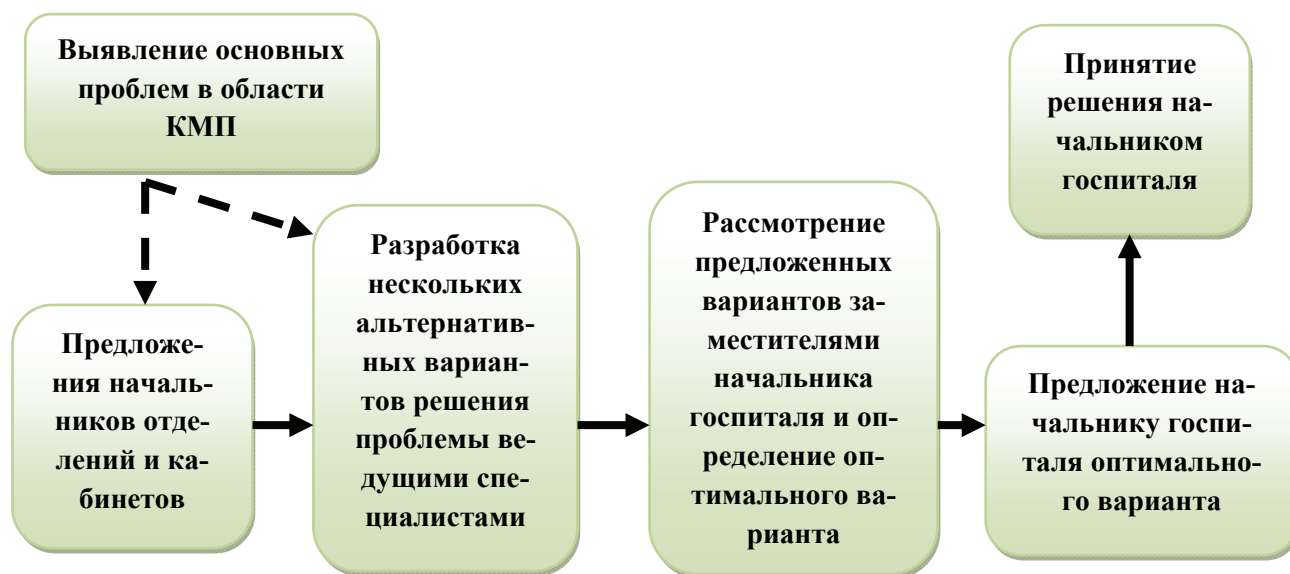


Рис. 60. Порядок формирования и принятия решения начальником 301-го ОВКГ по управлению КМП

4) принятие решения структурного характера начальником госпиталя.

В 2002–2004 году были определены основные направления в области качества, связанные со снижением средних сроков лечения в 301 ОВКГ (повышения экономической эффективности работы) без снижения уровней медицинской и социальной результативности.

Ведущими специалистами выделены основные причины высоких средних сроков лечения и определены корректирующие мероприятия (табл. 61).

Начальник аптеки по результатам работы за месяц выявляет перерасход медикаментов по конкретным группам препаратов и лечебным отделениям. Совместно с ведущими специалистами (терапевтом, хирургом, неврологом) анализирует и выявляет причины такого перерасхода и вносит в случае, если необходимо принять решение структурного характера, предложения на госпитальную комиссию по управлению КМП, которая и выносит после рассмотрения предложения начальнику госпиталя.

Такой комплексный подход в 301-м ОВКГ позволил снизить средние сроки лечения пациентов из числа гражданского контингента в 2004 году по сравнению с 2003 годом с 18,47 койко-дней до 15,24 койко-дней, что привело к значительной экономии средств Федерального бюджета.

Параллельно рассмотрены проблема кадров и мотивационных механизмов в повышении качества выполненной работы. Кадровая политика предполагает привлечение (приток) кадров, их обучение, повышение квалификации, систему мотивационных механизмов для кадров. В основу гибкой системы материального стимулирования сотрудников были положены результаты достижения МКР, которые реализовывались за счет средств экономии фонда оплаты

труда, системы регулирования перераспределения системы выплаты ежемесячного премиального вознаграждения, существующего в 301-м ОВКГ.

Таблица 61

Рейтинг управленческих решений по коррекции мероприятий, направленных на сокращение сроков лечения

<i>Отделения хирургического профиля</i>	<i>Отделения терапевтического профиля</i>
Сокращение предоперационного периода на 10 % в год	Повышение профильной госпитализации на 10 % в год
Стандартизация предоперационного обследования, в том числе амбулаторного для плановых больных	Разработка и внедрение методических рекомендаций по показаниям для госпитализации
Сокращение послеоперационного периода на 10 % в год	Мониторинг руководителей диагностических отделений необоснованных диагностических исследований и доведение его результатов до руководителей клинических отделений
Организация госпитальным фармакологом курса лекций по рациональной антибактериальной терапии и профилактике ВБИ	Организация госпитальным фармакологом курса лекций для врачебного персонала по рациональной медикаментозной терапии

Особое значение в обеспечении КМП приобретает всеобщее участие персонала в повышении качества, что требует разработки специальной программы непрерывного образования медицинского персонала. Была предложена схема такого образования для медицинского персонала 301 ОВКГ (рис. 61).

В систему непрерывного образования медицинского персонала 301-го ОВКГ, с учетом активного взаимодействия с расположенными на базе госпиталя кафедрами Дальневосточного государственного медицинского университета и Базового медицинского колледжа (г. Хабаровск), включены вопросы КМП. На следующих этапах проводилась подготовка специалистов-экспертов в области качества медицинской помощи, обучение руководителей и заместителей руководителя 301-го ОВКГ вопросам управления КМП. В дальнейшем персонал, совершенствуя свою профессиональную подготовку, занимался научной деятельностью в области эффективности и качества медицинской помощи.

В рамках работы комиссии по управлению качеством были составлены рабочие схемы по анализу и поэтапному фиксированию усилий по повышению КМП и снижению затрат. Рабочие схемы оказались достаточно гибкими и простыми в использовании. С одной стороны, они направляли действия экспертов КМП, а с другой – являлись «наглядными пособиями», позволяющими врачам понять, как сделать непрерывное повышение качества частью своей ежедневной работы.

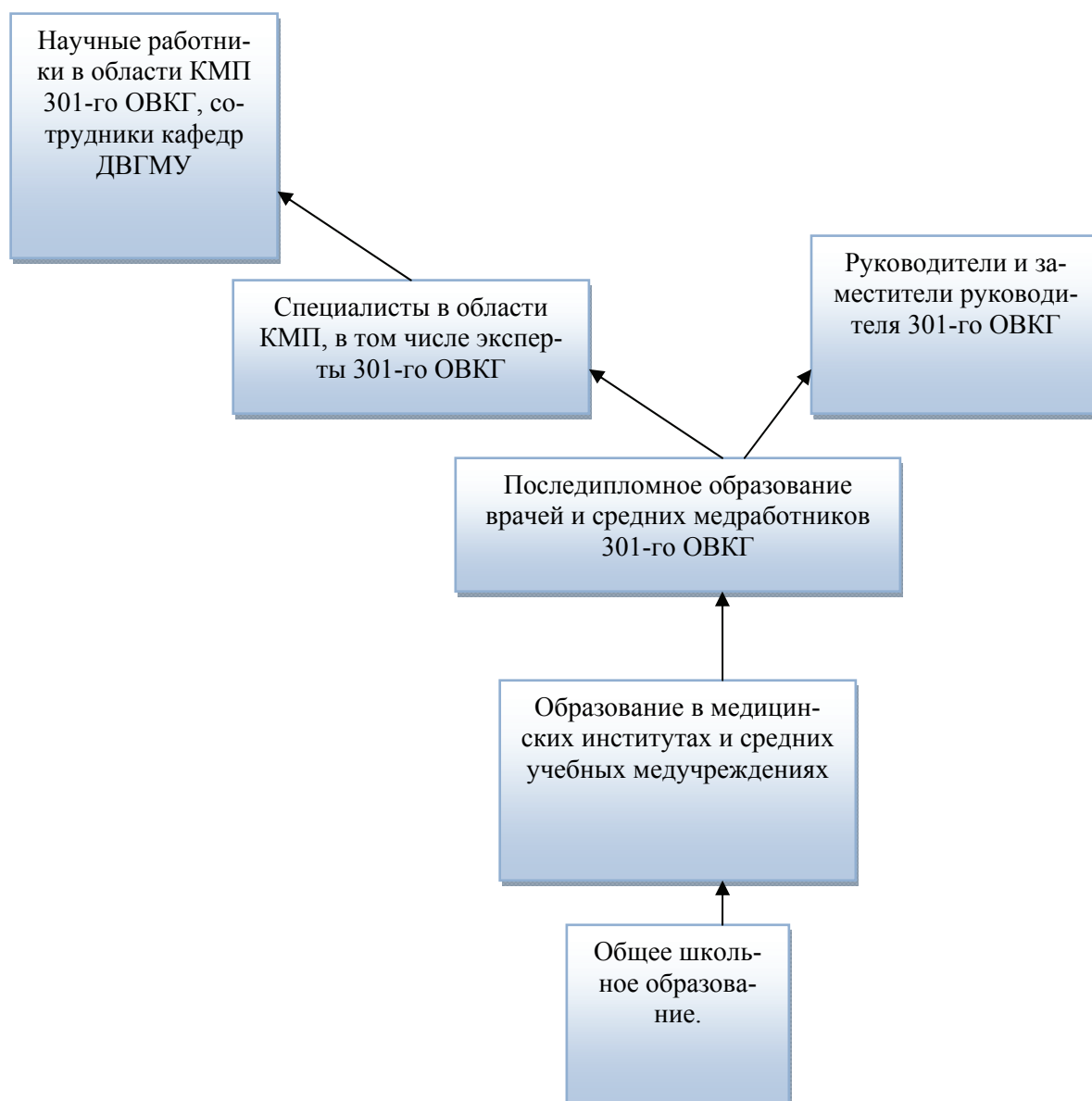


Рис. 61. Схема этапной непрерывной подготовки специалистов в области качества медицинской помощи в 301-м ОВКГ

Все законченные случаи оказания медицинской помощи в ЛПУ поступали для анализа в отделение сбора и обработки информации (ОСОИ), оценивались специалистами на соответствие определенным критериям результативности. При выявлении в историях болезни отклонений (превышение средних сроков лечения на определенную величину, несоответствие диагноза классификации, длительный предоперационный период, наличие послеоперационных и прочих осложнений и т. д.), эти истории болезни направляются для анализа врачу-эксперту (специалисту по обеспечению качества: терапевту, хирургу, неврологу и т. д. в зависимости от профиля). Для экспертизы законченного случая лечения использовалась «Карта оценки качества медицинской помощи», заполняемая врачом-экспертом и включающая следующие разделы: обоснованность госпитализации, полнота и своевременность постановки диагноза, полно-

та и своевременность обследования и лечения (в соответствии со стандартом) и причины отклонения от стандарта, качество оформления документов.

Для совершенствования управления КМП в 301-м ОВКГ были разработаны основные механизмы, включающие разработку и утверждение стандартов качества, экспертные оценки, применяемые для анализа каждого законченного случая лечения, стандарты медицинских, социальных и экономических результатов. Для оценки КМП лечебно-диагностического процесса в целом и его подразделений в отдельности применялись стандартизованные показатели (индикаторы) качества лечебно-диагностического процесса. Общий алгоритм функционирования процесса управления качеством в подразделениях 301-го ОВКГ, разработанный на основании результатов системного анализа и внедренный в работу, представлен на рис. 62.

Алгоритм представлен 10-ю этапами (ступенями).

На *первом этапе* определяются ответственные за обеспечение КМП в каждом подразделении. Общее руководство и ответственность лежит на руководителе подразделения, который вправе перераспределить ответственность среди других сотрудников подразделения за определенные разделы обеспечения КМП (например, определение индикаторов, порядок сбора данных и т.д.).

На *втором этапе* определяются, уточняются объемы выполняемой в отделении лечебно-диагностической работы: характеристика обслуживаемых пациентов, основные нозологические формы заболеваний, стандартные схемы лечения, количество персонала, имеющееся в распоряжении оборудование и лекарственные средства и сроки, в которые проводится лечение.

На *третьем этапе* определяются наиболее важные для данного подразделения аспекты в работе (например, для пульмонологического отделения 301 ОВКГ это может быть лечение пневмонии у лиц с дефицитом массы тела и своевременная диагностика и лечение осложнений у пациентов этой группы, для отделения гнойной хирургии – гнойно-септические заболевания кожи и подкожной клетчатки).

На *четвертом этапе* определяются индикаторы (показатели), которые должны отражать структуру, процесс и результаты лечения. Индикаторы структуры помогают определить возможности подразделения оказать высококачественную медицинскую помощь. Индикаторы процесса являются, как правило, стандартами лечения. Индикаторы результата отражают конечную результативность медицинской помощи. Причем, последнюю группу индикаторов можно разделить на показатели, отражающие медицинскую, экономическую и социальную результативность.

Кроме того, можно выделить: индикаторы качества работы многопрофильного стационара, индикаторы качества для подразделения многопрофильного стационара, индикаторы качества работы диагностических подразделений.

На *пятом этапе* определяются критические пороги моделей конечных результатов (МКР) – показателей, достижение которых требует глубокого анализа причин и принятия мер по их устранению. Эти показатели МКР должны определяться для каждого конкретного подразделения или ЛПУ в целом и учи-

тывать специфику обслуживаемого контингента и т.д. Безусловно, что при расчете критических значений МКР использовались методы анализа динамических рядов, математического программирования и моделирования

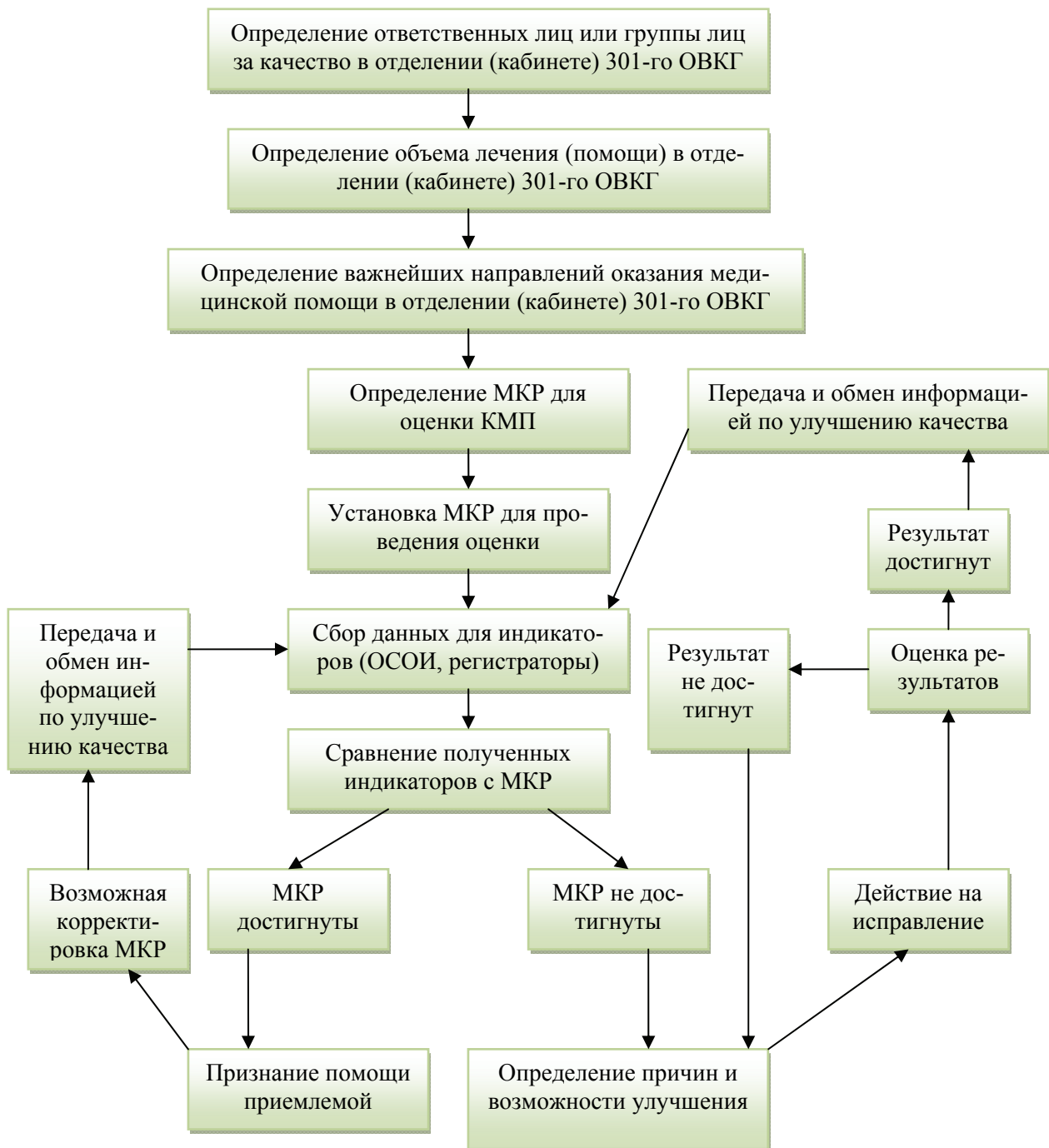


Рис. 62. Схема функционирования процесса управления качеством производства медицинских услуг в 301-м ОВКГ

Некоторые показатели и контрольные пороги (пределы) для 301-го ОВКГ, отражающие работу ЛПУ в целом, приведены в табл. 62. Администрация 301-го ОВКГ устанавливает пороговые величины МКР (показателей) на

определенный период времени (квартал, полугодие, год) как для ЛПУ в целом, так и для его подразделений в отдельности. МКР отражают медицинскую, экономическую и социальную результативность.

Таблица 62

Контрольные пределы МКР качества лечебно-диагностического процесса 301-го ОВКГ и его отделений

Индикатор качества	Контрольные пределы
<i>МЕДИЦИНСКАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ</i>	
Госпитальная летальность, %	0,4-0,6
Послеоперационная летальность, %	0,6-0,8
Хирургическая активность, %	60-70
Общая частота внутрибольничной инфекции, %	1-2
Частота внутрибольничной инфекции после операции, %	0,5-1
Положительный исход лечения, %	96-98
Расхождение до и послеоперационных диагнозов, %	3-4
Расхождение клинического и паталогоанатомического диагнозов, %	5-7
<i>ЭКОНОМИЧЕСКАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ</i>	
Средний койко-день (сут.)	14-16
Оборот койки	21-22
Средний койко-день до операции (сут.)	2-2,5
Средний койко-день после операции (сут.)	10-12
Частота незапланированных возвратов в операционную, %	0,3-0,5
Частота незапланированных возвратов в ОИТ, %	3,5-4,5
Частота незапланированных регоспитализаций, %	2-2,5
Частота незапланированных переводов в другие ЛПУ, %	0,2-0,3
Частота длительных госпитализаций (свыше 30 сут.), %	3-5
Инструментальная нагрузка на одного больного (иссл.)	9,0-9,5
Лабораторная нагрузка на одного больного (иссл.)	33,0-35,0
<i>СОЦИАЛЬНАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ</i>	
Удовлетворенность пациента лечением, %	85-90
Желание повторно лечиться в стационаре, %	80-85

На основании проведенного анализа было установлено, что некоторые из этих МКР одновременно отражают как медицинскую, так и экономическую результативность лечебно-диагностического процесса (хирургическая активность, частота регоспитализаций и т. д.). В то же время, по мере внедрения идеологии управления по результатам деятельности, становилось очевидным, что пороговые значения МКР не являются некими константами, а должны подвергаться периодической корректировке, основанной на совершенствовании технологических процессов и виртуальных моделей управления.

При формировании контрольных пределов МКР на определенный период за основу берутся не среднестатистические (общероссийские) показатели, а показатели данного подразделения или учреждения в целом.

Для анализа работы нескольких групп отделений и кабинетов дополнительно к МКР, отражающим лечебно-диагностический процесс многопрофиль-

ного стационара в целом, могут использоваться дополнительные МКР (табл. 63).

Таблица 63

**Дополнительные модели конечных результатов для отделений
и кабинетов 301-го ОВКГ**

Индикатор	Контрольные пределы индикаторов
Частота перевода в другие подразделения внутри госпиталя, в том числе по причине осложнений, %	0-2
Средняя стоимость лечения (руб.)	В зависимости от профиля отделения
Частота местных осложнений, %	0-15
Частота общих осложнений, %	0-15

Для клинических отделений госпиталя ежеквартально проводился сравнительный анализ показателей, отражающих медицинскую, экономическую и социальную результативность с составлением общего рейтинга для всех клинических отделений, с выявлением отделений, улучшивших свое рейтинговое место по сравнению с предыдущим кварталом и включением системы материальной стимуляции этих отделений.

Безусловно, что разработка и реализация современной модели управления качеством в 301 ОВКГ, а особенно формирование моделей конечных результатов стало весьма непростой работой для руководства учреждения. Именно на этот временной период был намечен очередной этап сокращения контингентов войск Дальневосточного военного округа, что повлекло за собой сокращение служб обеспечения боеготовности войск.

В таблице 64 представлены МКР, которые, применялись для оценки работы диагностических отделений.

Таблица 64

**Модели конечных результатов деятельности
диагностических подразделений**

Индикатор	Контрольные пределы индикаторов
Доступность исследования (вероятность удовлетворения общего количества заявок), %	90-100
Надежность исследования, %	0-1
Частота осложнений диагностического исследования, %	0-2
Удельная стоимость исследования (руб.)	В зависимости от профиля отделения
Частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов исследования, %	1-2
Безопасность исследования, %	0-1
Удовлетворенность врачей клинических лечебных отделений работой диагностического отделения, %	85-90

На *шестом этапе* определяется порядок сбора данных для расчета индикаторов и их систематизация: определяются лица, осуществляющие сбор

данных, источники данных, метод сбора данных, частота сбора, порядок сравнения сводных данных с пороговыми показателями для оценки. В табл. 65 показан общий порядок проведения оценок различных индикаторов (показателей) в 301-м ОВКГ.

Таблица 65

**Сводная таблица порядка проведения сбора информации
для оценки КМП в 301 ОВКГ**

Группа показателей	Кто оценивает	Механизм измерения	Частота измерения	Анализ и планирование
КМП законченного случая оказания медицинской помощи	Лечащий врач, руководитель подразделения, врачи-эксперты	Индикаторы качества законченного случая	Постоянно выборочно (оценка на 100 законченных случаев)	Ежемесячно руководитель подразделения
КМП лечебно-диагностического процесса в подразделении	Руководитель подразделения, заместители по лечебной и клинико-экспертной работе	Индикаторы качества подразделения многопрофильного стационара	Ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, ежегодно	Ежеквартально комиссия по управлению КМП и руководители подразделения
КМП диагностического процесса в подразделении	Руководитель подразделения, заместители по лечебной и клинико-экспертной работе	Индикаторы качества диагностического подразделения	Ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, ежегодно	Ежеквартально комиссия по управлению КМП и руководители подразделения
КМП лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре в целом	Заместитель по лечебной и клинико-экспертной работе	Индикаторы качества многопрофильного стационара в целом	Ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, ежегодно	Ежеквартально комиссия по управлению КМП и руководители подразделения

На *седьмом этапе* проводится оценка диагностики и лечения с помощью сравнения полученных данных с пороговыми показателями МКР. Если пороговые показатели МКР достигнуты, уровень оказания медицинской помощи признается приемлемым (удовлетворительным).

Если на протяжении достаточно длительного периода времени пороговые показатели достигаются (сохраняется удовлетворительный уровень оказания медицинской помощи), соответствующая комиссия по качеству может принять одно из следующих решений: проводить регистрацию этих индикаторов реже по частоте, изменить сами пороги этих МКР в сторону улучшения, провести анализ объективности сбора и расчета этих показателей. Если заданные пороги МКР не достигнуты, необходимо определить основные причины этого и возможности для улучшения.

Мониторинг этих показателей в течение месяца, квартала, полугодия позволяет своевременно выявлять причины ухудшения этих показателей, разрабатывать мероприятия, направленные на устранение таких причин.

На **восьмом этапе** разрабатываются действия (мероприятия), направленные на улучшение и устранение недостатков оказания медицинской помощи пациентам.

На **девятом этапе** проводится оценка достижения улучшения через определение тех же пороговых показателей МКР за определенный период времени. Если улучшение зафиксировано, уровень оказания медицинской помощи признается приемлемым. Если не удастся вновь достичь улучшения, соответствующая комиссия по обеспечению качества в расширенном составе проводит углубленный анализ причин (оценка структуры, процесса и результата) с принятием мероприятий по улучшению и дальнейшей оценкой до тех пор, пока не будет зафиксировано улучшение.

На **десятом этапе** вся информация доводится до сведения должностных лиц, ответственных за обеспечение качества в ЛПУ в целом. Кроме того, такой информацией между собой с целью обмена опытом обмениваются и руководители отделений и кабинетов.

Другим направлением анализа КМП в 301-м ОВКГ является оценка законченных случаев лечения (рис. 63).

Представлена схема процесса системы контроля качества в 301-м ОВКГ по законченным случаям, которая проводится как для всего ЛПУ в целом, так и для анализа и оценки качества работы его подразделений и отдельных врачей, позволяет рассмотреть систему материального стимулирования исходя из выполнения модели конечных результатов или фиксируемых отклонений.

Все законченные случаи (выписки из историй болезни и истории болезни) поступают для анализа в ОСОИ, оцениваются в рамках специально разработанной программы на соответствие определенным критериям.

При выявлении в историях болезни отклонений (превышение средних сроков лечения на определенную величину, несоответствие диагноза классификации, длительный предоперационный период, наличие осложнений и т. д.), последние направляются для анализа врачу-эксперту (специалисту по обеспечению качества: терапевту, хирургу, неврологу и т. д. в зависимости от профиля). Для экспертизы законченного случая лечения используется «Карта оценки качества медицинской помощи», заполняемая врачом-экспертом и включающая следующие разделы: обоснованность госпитализации, полнота и своевременность постановки диагноза, полнота и своевременность обследования и лечения (в соответствии со стандартом) и причины отклонения от стандарта, качество оформления документов.

Анализируются причины возникших осложнений, соответствие средним для данной нозологической формы срокам лечения и причины возможных отклонений от этих сроков, достижение положительного результата лечения, для хирургических пациентов дополнительно средние сроки до операции и после операции, характер анестезиологического пособия и реанимационных меро-

приятый. В последующем по таким картам может проводиться анализ работы каждого врача, отделения.

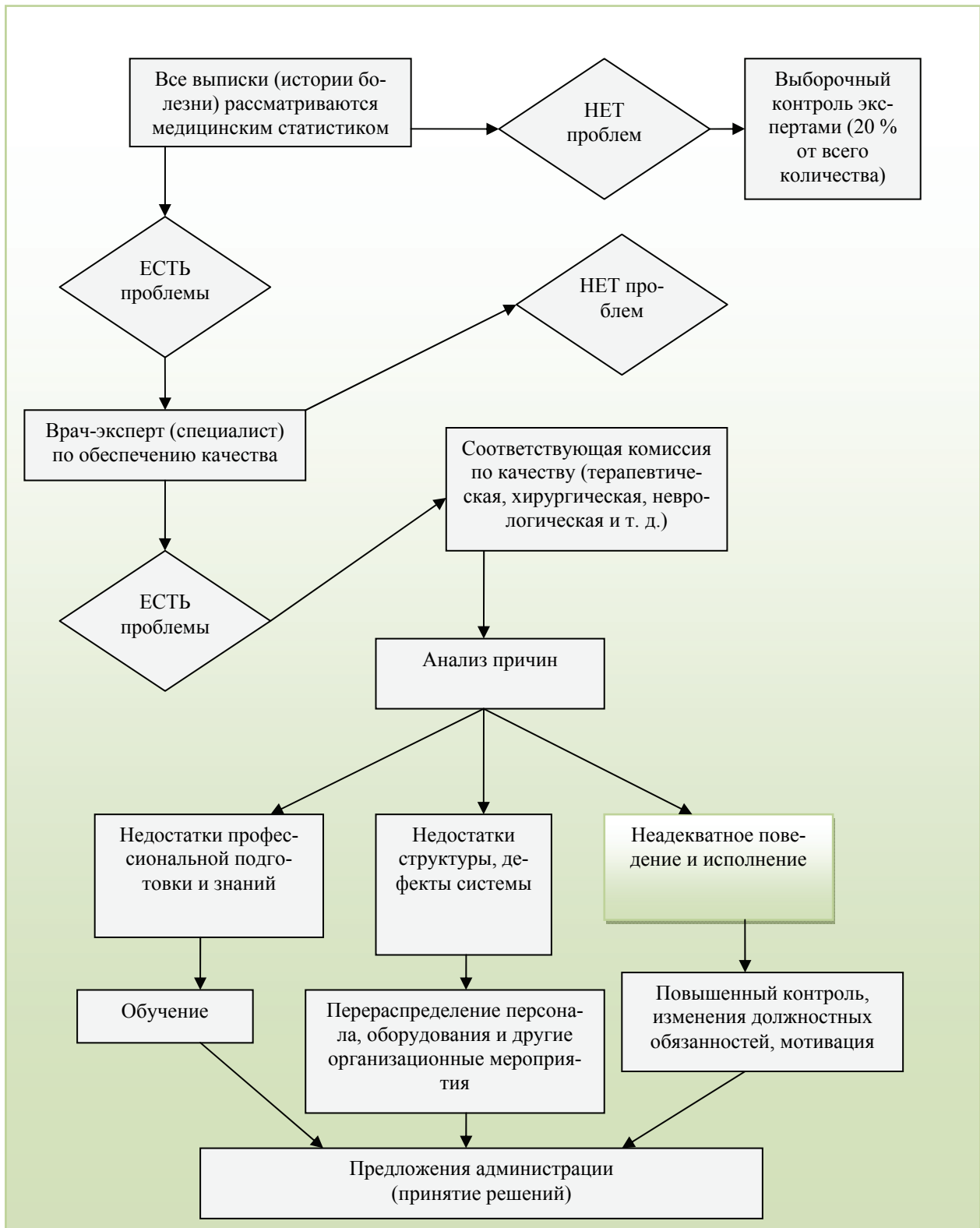


Рис. 63. Функционирование системы контроля законченных случаев лечения

После анализа при выявлении недостатков и проблем данные случаи рассматриваются соответствующими комиссиями по качеству (терапевтической, хирургической, неврологической и т. д.). Комиссией выявляются основные причины недостатков, которые условно можно разделить на три основные группы:

- *недостатки профессиональной подготовки и знаний медицинского персонала;*
- *недостатки структуры и дефекты системы;*
- *неадекватное исполнение и поведение;*
- *субъективные причины (невнимательное отношение и т. д.).*

Недостатки знаний можно компенсировать дополнительными занятиями, обучением, повышением квалификации, перестройкой существующего образовательного процесса. Дефекты системы устраняются перераспределением кадров, более эффективным использованием оборудования и медикаментов, изменением политики в ЛПУ и другими мероприятиями. В системе обеспечения качества медицинской помощи необходима разработка стандартных алгоритмов управления КМП по основным направлениям выявленных дефектов. Пример такого алгоритма приведен на рис. 64.

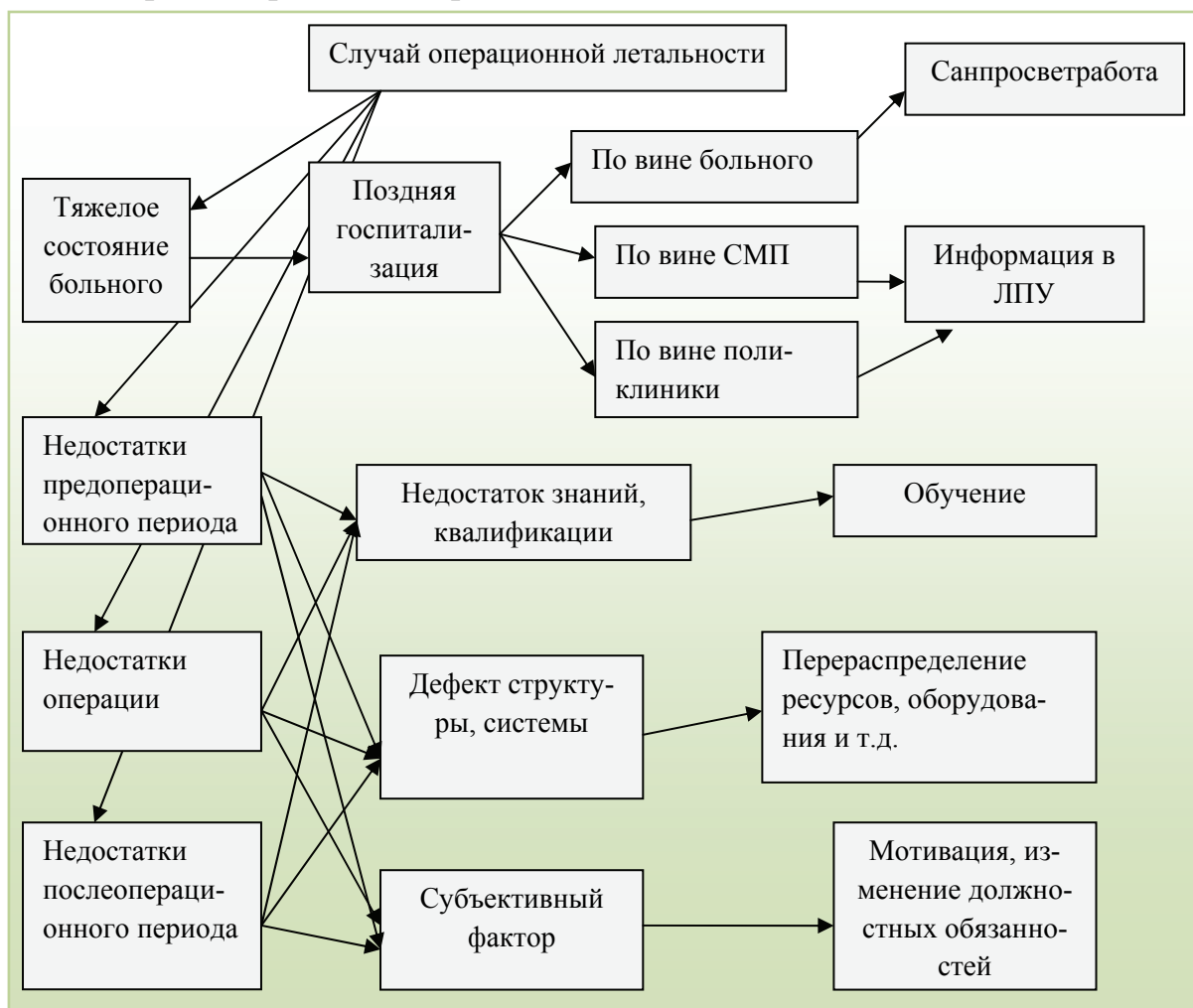


Рис. 64. Алгоритм аудита случаев послеоперационной летальности в 301-м ОВКГ

Для 301-го ОВКГ наиболее типичными направлениями разработки алгоритмов являются нижеследующие.

1. *Внутрибольничные инфекции.*
2. *Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.*
3. *Случаи досуточной летальности.*
4. *Случаи послеоперационной летальности и осложнений.*
5. *Дефекты оформления документации.*

Если причиной послеоперационной летальности является поздняя госпитализация пациента по вине службы скорой медицинской помощи или поликлинического звена, соответствующая информация направляется администрации этих ЛПУ. Если причиной послеоперационной летальности явились дефекты предоперационного, операционного, послеоперационного периодов, анализируются основные причины и направляются предложения администрации и комиссии по обеспечению качества в ЛПУ.

Принятие управленческих решений на основании данных аудиторских комиссионных проверок группы хирургических отделений госпиталя связанных с послеоперационной летальностью и выявлением причинно-следственных связей отклонений от стандартных МКР, позволили наметить пути к модернизации процесса оказания медицинской помощи в этих подразделениях госпиталя.

По мнению членов комиссии по управлению качеством медицинской помощи 301-го ОВКГ, ключевым элементом модели управления качеством производственного конвейера является процессный анализ, который предусматривает идентификацию, проектирование процессов (в том числе и проведения антибактериальной терапии пациентами с инфекционными поражениями органов и систем) с последующим их непрерывным совершенствованием. При этом, в основе управления результатом профилактики и лечения ВБИ лежит цикл действий, направленный на максимальное снижение частоты отклонений в ключевых процессах послеоперационного ведения пациентов. В то же время, руководители госпиталя отчетливо себе представляли всю сложность достижения приемлемых результатов программы совершенствования без знания причин неэффективности применения стандартных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Сегодня существует острая необходимость разработки и внедрения технических систем наблюдения за оказанием медицинских услуг, в частности, за проведением антибактериальной терапии пациентам с различной патологией, которые формируются на основе стандартизации. Разработка стандартных режимов антибактериальной терапии должна впитать в себя традиционные для отечественной медицины подходы к оказанию медицинской помощи. «Индивидуальность» такого лечения должна предусматривать возможные варианты, которые следует максимально обеспечить многофакторными стандартными формами, с помощью которых, как при «распознавании образов», врач должен выбрать свой, но в рамках стандартов, «образ» пациента.

Совершенствование медицинских технологий и практика их применения в современном здравоохранении – неперемное условие научно-технического

процесса каждого отдельного ЛПУ. Поэтому перед тем, как рассматривать вопросы сбоев в работе производственного конвейера, следует провести весьма подробный анализ организационной среды ЛПУ с применением системного подхода. В системе управления качеством особую роль приобретает качественная работа ОСОИ.

Применение системного анализа, новых подходов и технологий оценки и контроля КМП (рис. 65) позволили повысить экономическую эффективность 301-го ОВКГ, что выразилось в снижении средних сроков лечения только в 2004 году с 18,47 до 15,24 койко-дня без снижения показателей, отражающих социальную результативность. В последующие годы сроки лечения пациентов продолжали сокращаться.

Новая модель системы управления качеством и эффективностью медицинской помощи, осуществляющая планирование, сбор, анализ результатов (МКР), отражающих качество лечебно-диагностического процесса позволяет 301-му ОВКГ с наибольшей оптимальностью функционировать в новых экономических условиях. Предлагаемая система управления включает: структуру управления качеством; технологии, используемые для оценки качества медицинской помощи; оценку результативности медицинской помощи.

Разрабатываемая и вводимая в процесс эксплуатации система управления КМП 301-го ОВКГ представлена 3 уровнями с конкретными функциями для каждого уровня и принципами обратной связи между этими уровнями. Для процесса управления рабочая группа предложила к использованию следующие технологии:

- ✓ *метод экспертных оценок законченных случаев лечения врачами-экспертами с использованием «Карты экспертизы качества законченного случая»;*
- ✓ *10-ти этапная система оценок достижения пороговых показателей.*

Предлагаемая структура системы управления КМП позволяет администрации 301-го ОВКГ формировать принятие управленческих решений на основании наличия проблемы и предложений по ее решению, поступающих от руководителей отделений и кабинетов, а также на основании анализа результатов аудиторских проверок в рамках проводимого внутреннего аудита госпиталя.

В дальнейшем мониторинг показателей, отражающих КМП в каждом отделении, позволяет провести определение рейтинга отделений в достижении улучшения КМП за определенный период. С учетом рейтингового показателя каждого отделения (врача и т. д.) реализуется система мотивационных механизмов, в первую очередь материального и морального стимулирования, за достижение высокого уровня конечных результатов работы в каждом отделении.

Для формирования стратегии изменений на основании всесторонней оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре необходима в равной степени оценка всех основных групп показателей, отражающих медицинскую, экономическую и социальную результативность и стремление в достижении высокого КМП как оптимального сочетания совокупности различных показателей, отражающих различные характеристики КМП.

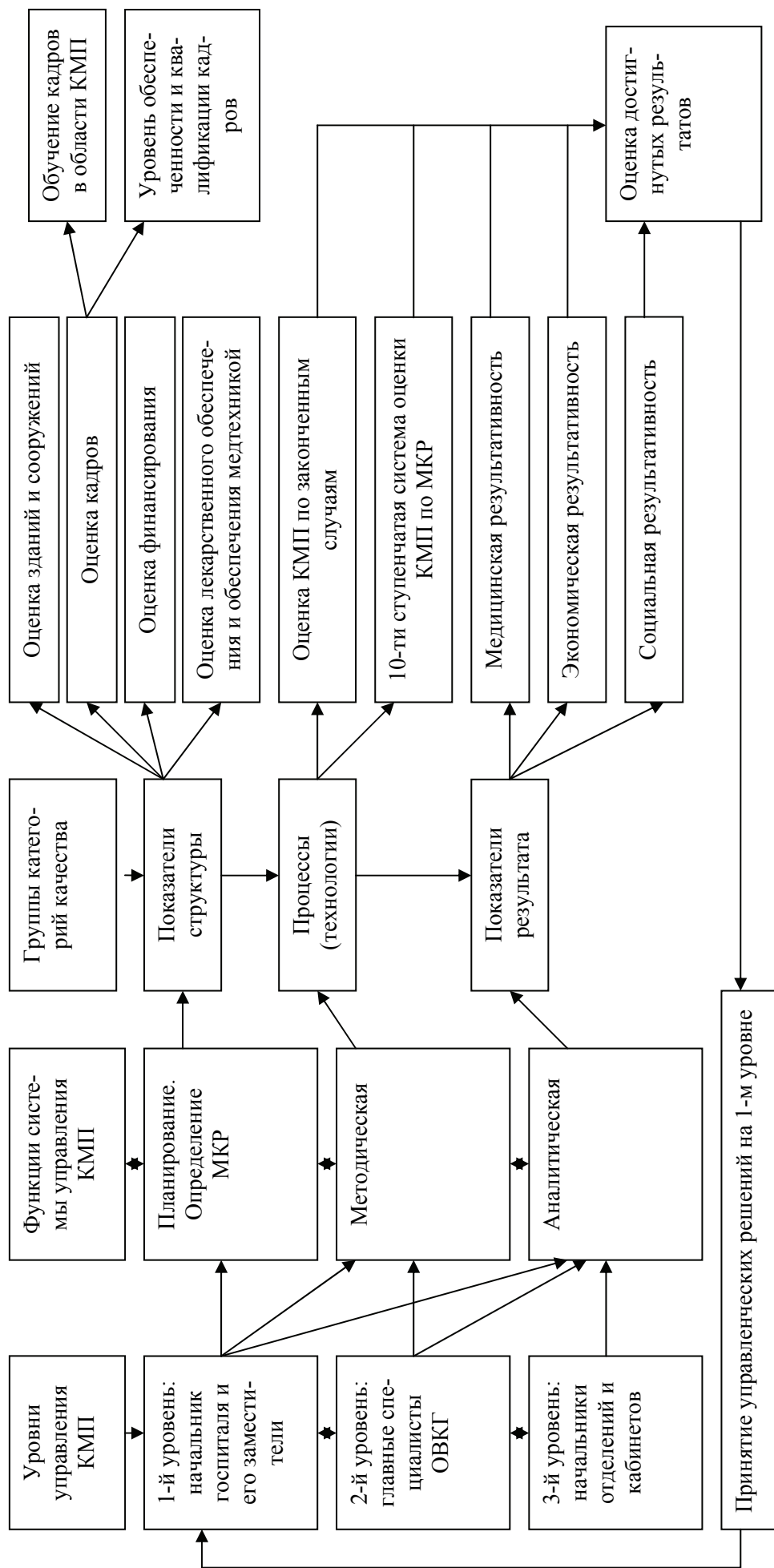


Рис. 65. Модель системы управления качеством и эффективностью МП в 301-м ОВКГ

Особое место в этой системе должна занять аналитическая структура, занимающаяся сбором и обработкой информации об основных показателях для всего стационара в целом, и его подразделениях в частности, которая, кроме сбора и анализа информации внутри госпиталя, будет собирать и анализировать информацию медицинского, коммерческого, технического, маркетингового и прочего характера во внешней среде. Следовательно, необходима разработка модернизации системы информатизации госпиталя в сочетании с достаточным уровнем оснащённости вычислительной техникой и программным обеспечением, а также реализация проекта совершенствования локальной сети госпиталя.

8.3. Качество медицинской помощи в условиях глобализации рынков медицинских услуг

Здравоохранение Дальнего Востока России продолжает свое существование с серьезными проблемами структурного характера. К числу главных можно отнести низкий уровень первичной медико-санитарной помощи, чрезмерную специализацию врачей поликлиник, непомерно высокий уровень госпитализации и неоправданно длительные сроки стационарного лечения, слабое развитие стационарозамещающих технологий. Все это способствует разрушению десятилетиями складывавшейся многоуровневой системы, которой по праву гордилось здравоохранение СССР.

Для преодоления диспропорций на федеральном уровне перечисленные проблемы стали решать путем введения соответствующих нормативов, которые должны закладываться в территориальные программы государственных гарантий медицинской помощи. Начиная с 1998 года, эти нормативы задавали направление структурных преобразований и способствовали их значительному продвижению. Затем эффект от введения федеральных нормативов стал затухать. Объемы стационарной помощи в большинстве регионов снова начали расти, замедлились преобразования в амбулаторно-поликлиническом секторе. И только в последние годы, по мере разработки и внедрения организационных федеральных стандартов (порядков оказания медицинской помощи), работа по преодолению структурных диспропорций стала снова «набирать обороты».

Реструктуризация здравоохранения осуществляется в определенных социально-экономических условиях и затрагивает интересы сложившейся профессиональной среды, а также огромных масс населения, обладающих устойчивыми представлениями о том, какие гарантии в части оказания медицинских услуг должно предоставлять гражданам государство. Поэтому, оценивая риски, связанные с реструктуризацией, следует исходить не только из разумности предпринимаемых шагов, но и из того, как эти шаги будут восприняты разными общественными группами: теми или иными слоями населения, самими медицинскими работниками, руководящим звеном отрасли.

Однако оценка – это лишь первый этап, главная задача – минимизация рисков.¹⁶ Алгоритм такой минимизации следующий:

¹⁶ Шейман И. Реструктуризация здравоохранения: оценка рисков. Отечественные записки, 2006. – № 2.

- ✓ *формирование перечня возможных рисков;*
- ✓ *оценка в каждом случае степени риска по шкале высокая/средняя/низкая;*
- ✓ *анализ возможного влияния факторов риска на социально-политическую ситуацию в стране и на ход реструктуризации здравоохранения;*
- ✓ *разработка мер по управлению рисками и реализация этих мер.*

Управление рисками – это, в частности, целенаправленное формирование у разных групп определенных представлений о целях реструктуризации, что в каких-то случаях требует лишь разъяснительной работы, а в каких-то – проведения более широкого комплекса мероприятий.

Риски, связанные с реакцией населения и врачебного сообщества на реструктуризацию, можно разбить на две группы. В первую входят те, что возникают вследствие недостаточного учета интересов и сложившихся предпочтений разных категорий граждан. Во вторую – обусловленные ошибками планирования и реализации реформ. Эти группы не независимы: по людским интересам больно бьют и их игнорирование и ошибки планирования.

Система экономических стимулов в здравоохранении региона сегодня настолько разбалансирована, что любая попытка ее трансформировать, подчинить задачам модернизации вызывает сопротивление значительной части медицинского персонала. Причем независимо от вектора изменений. Опыт предыдущих лет, когда делались попытки внедрения новых экономических методов управления, показывает, что, например, переход к системе, при которой средства, поступающие в лечебное учреждение, зависят от объема выполненных работ и конечного результата, протекает весьма болезненно. Поскольку в конечном результате разрыв в заработной плате руководителя ЛПУ и опытного практикующего врача различается на порядок.

Еще большую настороженность медицинских работников вызывает система оплаты медицинской помощи за предварительно согласованные, а не фактические объемы медицинской помощи. Врачи всеми силами пытаются отстаивать право самостоятельно определять эти объемы и перечень необходимых работ. Не хотят они отказываться и от разрушительной практики оплаты за посещения в поликлиниках.

Риски, связанные с модернизацией здравоохранения региона, введением нового экономического механизма, весьма велики. Чтобы их уменьшить, необходимо, прежде всего, повысить ответственность страховых медицинских организаций, участвующих в программе обязательного медицинского страхования. Они должны действовать в строгом соответствии с планом реструктуризации, использовать работающие на реформы экономические механизмы. Если говорить о конкретных мерах, то Федеральному фонду обязательного медицинского страхования следует скорее принять правила оплаты медицинской помощи, сделав упор на принцип предварительной оплаты за согласованные объемы. Одновременно необходимо обеспечить участие страховых организаций в раз-

работке региональных планов модернизации (как минимум в разработке территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи).

Процессы глобализации и региональное здравоохранение. В настоящий момент полноценное включение азиатской части России и, прежде всего Дальнего Востока и Восточной Сибири в систему мирохозяйственных связей представляется основным условием социально-экономического развития дальневосточных территорий и государства в целом, что является залогом устойчивого наращивания экономического потенциала и укрепления позиций России в мировой экономике.

Очевиден растущий потенциал сотрудничества России со странами АТР с точки зрения взаимодополняемости таких важнейших секторов, как энергетика и транспорт. Интересы России как евразийской державы в АТР стратегически существенны и разнообразны. Главный интерес России связан с возможностью и необходимостью использования экономических связей со странами региона, его огромных инвестиционных ресурсов и емкого рынка для подъема и ускорения экономического развития Сибири и Дальнего Востока и всей страны в целом.¹⁷ Наиболее важным с точки зрения реализации взаимных интересов государств АТР имеет стратегия взаимоотношений приграничных государств, таких как КНР, Япония, Россия, КНДР и Республика Корея, поскольку именно здесь многие годы назад сформировано и успешно работает партнерское поле между Дальним Востоком России и странами АТР. В связи с тем, что уровень качества медицинских услуг в отечественных ЛПУ довольно часто не удовлетворяет потребности дальневосточников, последние все чаще и чаще обращают внимание на предложения производителей медицинских услуг из стран АТР.

Если внимательно присмотреться к структурным диспропорциям отрасли здравоохранения ДФО, системной борьбы с ними, а также к результатам реализации региональных программ модернизации, то мы ясно увидим, что проблемы регионального здравоохранения носят системный характер и являются отражением проблем глобализации. Под глобализацией, как правило, понимают процессы формирования и последующего развития единого общемирового финансово-экономического пространства на базе новых информационных технологий.¹⁸

Суть этой серьезной проблемы заключается в том, что развитие современной цивилизации находится под мощным воздействием феномена глобализации, что вносит существенные изменения в сектор здравоохранения большинства стран, включая и Россию.

Изменились условия, в которых функционирует система здравоохранения. Изменилось и состояние системы здравоохранения в целом. Изменились многие внутрисистемные содержания структурных компонентов здравоохранения. Перемены коснулись и межсекторальных взаимодействий, прямо или опосредованно влияющих на здоровье населения и систему охраны здоровья в це-

¹⁷ Голикова Ю.А. Экономическое развитие Дальнего Востока в условиях внутрирегиональной и международной корпоративной интеграции : Материалы научно-практической конференции «Долгосрочная стратегия развития Российского Дальнего Востока» 4 декабря 2007 г. г. Хабаровск.

¹⁸ Делягин М. Мировой кризис: общая теория глобализации. – М.: Инфра-М, 2003. – 765 с.

лом. Такие кардинальные перемены не могли не затронуть и качественного содержания процессов управления отраслью. Совсем не случайно генеральный директор ВОЗ М. Чен отметила, что «...глобализации присущи как положительные, так и отрицательные моменты» и что она «...не управляется какими-либо правилами, гарантирующими справедливое или сбалансированное распределение преимуществ».¹⁹

Процессы глобализации создают тотальное пространство мировой капиталистической системы, на котором происходит дальнейшее усугубление разделения труда и усиление неравенства, в т. ч. в отношении здоровья. Капитал освобождается от ограничений территориального, социального и институционального порядка, возникает новая система коммуникаций со своими связями, взаимодействиями и взаимообусловленностями.

В здравоохранение Дальнего Востока России в условиях реализации рыночных механизмов глобализация вносит ряд специфических изменений, которые прежде или отсутствовали, или были выражены незначительно.

- ✓ *Горизонтальная «стратификация» системы здравоохранения на относительно самостоятельные подсистемы «здравоохранение для богатых» и «здравоохранение для бедных».*
- ✓ *Вертикальное «расслоение» системы здравоохранения на три относительно автономные подсистемы: федеральную, региональную и муниципальную.*
- ✓ *Здоровье населения начинает включать в себя болезни «богатых» и болезни «бедных».*
- ✓ *Привычные управленческие подходы, методы, стандарты и эталоны утрачивают свою прежнюю эффективность, поскольку принципиально изменилось состояние системы здравоохранения и условия ее функционирования.*
- ✓ *Необходимость смены парадигмы классического управления системой здравоохранения.*

В этих условиях основой системного управления здравоохранением становятся принципы стратегического управления и планирования, под которым понимаются элементы процесса принятия решений, направленного на достижение целей при максимально эффективном функционировании объектов управления, когда предполагаются не только будущие изменения, но и перспективные последствия от решений уже принятых.²⁰

Приложение методологии стратегического менеджмента к формированию современной системы управления здравоохранением предполагает выявление целей здравоохранения как системы (отрасли) задач, которые необходимо решить для их достижения, а также определение необходимых ресурсов и пред-

¹⁹ Чен М. Речь на Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки, 24 октября 2008 г. – <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/ru/index.html>.

²⁰ Ансофф И. Стратегическое управление // пер с англ. – М.: Экономика, 1989. – 519 с.

видение соответствующих последствий, результатов и исходов от принимаемых решений.

В системе медицинской помощи населению ДФО пока еще превалирует производство т. н. «бесплатных» медицинских услуг, т. е. услуг, производство которых оплачивается из средств бюджетов и ОМС в рамках исполнения региональной программы государственных гарантий. Это специфический социально-ориентированный рынок, где потребителю гарантируется определенный объем и качество медицинских услуг. Кстати, на социальном рынке медицинских услуг «покупатель» (распорядители бюджетов всех уровней и средств ОМС) не является их потребителем, а осуществляет сделки в пользу выгодоприобретателя – населения. В этих условиях качественные характеристики «продаваемого товара» – медицинских услуг отходят на второе место, оставляя первые позиции количественным (валовым) характеристикам. Следовательно, реформа отечественного здравоохранения повторяет определенные шаги, сделанные системами здравоохранения экономически развитых стран несколько десятилетий назад.

Содержанием реформ здравоохранения, проводившихся в западных странах с конца 80-х годов, было внедрение элементов рыночных отношений (рыночных институтов) во взаимодействие между производителями и плательщиками.²¹ Идеология реформ была идеологией создания рынка внутри системы общественного здравоохранения.²² Но не полноценного рынка, а «квазирынка» – «регулируемого рынка».²³ Отличия этой модели финансирования здравоохранения, которая внедрялась в западных странах, от нерегулируемого рынка заключались в следующем:

- ✓ *потребители сами непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения опосредуются другими лицами;*
- ✓ *друг с другом взаимодействуют по преимуществу некоммерческие организации;*
- ✓ *отсутствуют рынки труда и капитала;*
- ✓ *финансовый контроль остается в руках государства;*
- ✓ *система в целом регулируется государством.*

Смысл установления квазирыночных связей в системе социального обслуживания состоял в стремлении найти децентрализованные процедуры управления производителями социальных услуг, которые побуждают их к ответственности не административным, а экономическим путем – посредством рыночных механизмов. Суть нововведений состояла в следующем.

Разделение покупателей и производителей медицинских услуг: обеспечивается организационно-правовое разграничение производителей и плательщи-

²¹ Le Grand J., Propper C., Robinson R. The economics of social problems. Third edition. London: Macmillan. . 1993.

²² Maynard A., Bloor K. Introducing a market to the United Kingdom National Health Service// New England Journal of Medicine, 1996, February 29.

²³ Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. – Москва, 2000.

ков; отношения между ними строятся на контрактной основе. Плательщики превращаются в покупателей медицинских услуг, которые не несут ответственности за управление текущей деятельностью производителей и лишены права осуществлять такое управление административными методами.

Создание условий для конкуренции производителей: покупателям предоставляется право выбора производителей, с которыми они заключают контракты; гражданам предоставляется право выбора врача общей практики, к которому они прикрепляются для получения амбулаторной медицинской помощи, и выбора медицинской организации и врача для получения специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Производители ставятся в условия конкуренции друг с другом за привлечение пациентов и/или увеличение прикрепившегося населения и конкуренции за заключение контрактов с покупателями.

Ни для кого не секрет, что глобализация приводит, кроме всего прочего, к изменению отношений между различными субъектами рынка. И это явление имеет место не только на макроэкономическом уровне, но и также на микроуровне. С момента вступления России в ВТО уровень международной конкуренции на рынках здравоохранения усилился. Под действием внешних сил (рыночных предложений медицинских учреждений Китая, Ю. Кореи, Японии, Сингапура и Таиланда) происходят существенные изменения отношений между медицинскими учреждениями и государством, медицинскими учреждениями и конкурентами, медицинскими учреждениями и потребителями. Кроме этого меняются отношения и внутри медицинских организаций. Большинство этих преобразований можно отнести и определить в рамках функционирования системы: производитель (ЛПУ различных форм собственности) – рынок (рынок медицинских услуг).

Приграничные государства Дальнего Востока России полным ходом развивают стратегию медицинского туризма, получая правительственную поддержку, привлекая на внутренние медицинские рынки потребителей из других стран, в том числе и из России. Очевидно, что спрос на медицинские услуги будет повсеместно расти. С чем же столкнется потребитель медицинских услуг, заинтересовавшийся их потреблением в негосударственном секторе субъектов РФ ДФО? А столкнется он с тем, что учреждений негосударственного сектора пока еще недостаточно (кроме стоматологии), как и квалифицированного и мотивированного к качественной работе персонала для обеспечения первоклассного обслуживания своих пациентов. Это снижает уровень конкуренции и является сдерживающим моментом в стремлении к производству высококачественных и доступных медицинских услуг. Открытие медицинской организации, специализирующейся на предоставлении частных медицинских услуг, связано с необходимостью получения большого количества разрешений и лицензий, что является сдерживающим моментом для развития предпринимательства в региональной медицине. В этой связи следует отметить, что такая политика государства по отношению к предпринимателю в здравоохранении может быть вполне оправданна, поскольку речь идет о здоровье людей и цена недобросове-

стной работы или ошибки слишком высока: они могут повлечь за собой серьезные последствия для потребителя (пациента).

Но, все-таки, основным сдерживающим фактором развития частного рынка медицинских услуг является недостаточный уровень доходов населения Дальнего Востока России. Только 21 % респондентов исследования ВЦИОМ заявили, что имеют возможность пользоваться платными медицинскими услугами, 37 % готовы платить в случае крайней необходимости и 38 % не имеют такой возможности вообще. Но, вот именно первая группа дальневосточников, имеющая приличные доходы и являются потребителями услуг отечественных и зарубежных компаний, которые получают значительную прибыль от организации туров россиян в странах АТР. Основным мотивирующим фактором получения медицинских услуг в клиниках Китая, Ю. Кореи, Японии, Сингапура и Таиланда для большинства туристов является приемлемый для них уровень доступности качества и безопасности медицинской помощи.

Экономические потери региона от того, что наблюдается ежегодный рост числа дальневосточников, устремившихся за медицинской помощью к зарубежные клиники, конечно несопоставимы с уровнем потерь от продажи электроэнергии за бесценок в Китай. Однако, если эта тенденция сохранится в принципе, то отечественным региональным клиникам вероятнее всего не удастся выдержать конкурентной борьбы со своими зарубежными коллегами. Что делать в складывающейся ситуации медицинским учреждениям региона сегодня не совсем ясно. Призывы в виде: «Даешь конкуренцию среди производителей медицинских услуг!» или «Да здравствует свободный рынок медицинских услуг!» конкретному делу повышения качества не помогут. Необходимо коренным образом менять мировоззрение руководителей отечественных ЛПУ, направленное на понимание философии бизнеса как идеологии деятельности в условиях глобального рынка.

Динамичное экономическое развитие стран Азиатско-Тихоокеанского региона и усиливающаяся регионализация их внешнеэкономических связей дают основания для прогнозирования расширения и углубления интеграционных процессов, идущих параллельно и вместе с явлениями экономической и финансовой глобализации в мире. Значение интеграционных процессов состоит в том, что они оказывали и будут оказывать в дальнейшем существенное влияние на расстановку политических и экономических сил в регионе, формирование системы международных «сдержек» и «противовесов», а также на все сколько-нибудь значимые изменения в деятельности государств и их правительств в мировом масштабе.

Теневой рынок и качество медицинских услуг. Недостаточное финансовое обеспечение ЛПУ отрасли здравоохранения России, относительно экономически развитых стран (рис. 66), несмотря на прогнозируемый рост, приводит к развитию негативных тенденций в медицинском обслуживании населения, порождает стремительное развитие теневой экономики. Во многих ЛПУ регионального здравоохранения в последние годы получили определенное развитие псевдорыночные, полутеневые, теневые и полукриминальные экономические отношения. С введением бюджетно-страхового финансирования производства

медицинских услуг появились новые возможности, в частности перепродажа бесплатной медицинской помощи, когда одну и ту же услугу оплачивает и страховая компания в рамках программы государственных гарантий, и пациент, непосредственно врачу. Нередки случаи организации врачами «частного бизнеса» на своем рабочем месте в государственном или муниципальном ЛПУ. Следует отметить, что эти явления из разряда «редких» постепенно переходят в разряд «привычных», сопровождающих нашу повседневную жизнь.

Нерегистрируемая (серая) экономика здравоохранения включает в себя все виды как законной, так и незаконной деятельности. Медицинские работники изыскивают любые возможности для получения личных дополнительных доходов. В частности, это внеочередная госпитализация, неучтенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование ЛПУ, лекарства и расходные материалы, рабочее время персонала, технологические площади и т. п., но главным критерием формирования мотиваций пациента к дополнительной оплате является доступность, качество и безопасность медицинской помощи.

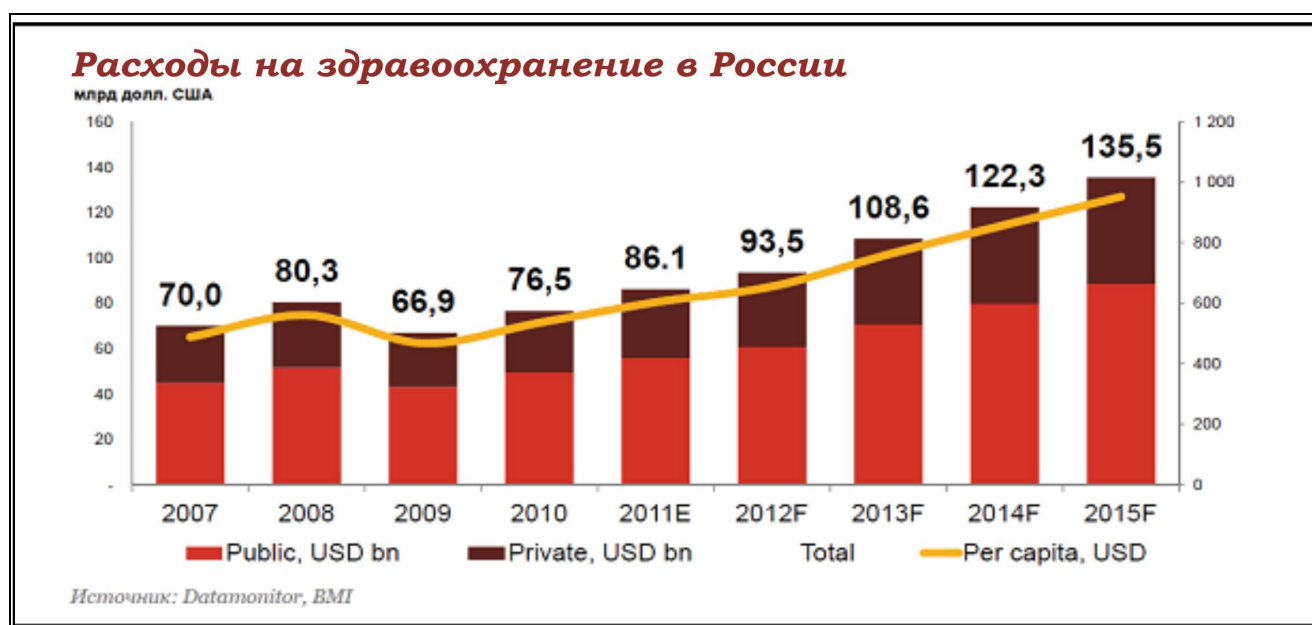


Рис. 66. Динамика расходов на здравоохранение в России 2007–2015 гг.

Между тем, социологические опросы руководителей ЛПУ Дальнего Востока показывают, что, по их мнению, выражение «благодарности» врачам со стороны пациентов в материальной форме не имеет широкого распространения. Менее 25 % из них уверены, что такие случаи бывают, но не часто, а более 50 % администраторов ЛПУ заявили: «Я не знаком с такими случаями». И только единицы все-таки подтверждают мысль о существовании «нелегальных» доходов за оказанные медицинские услуги.²⁴ Тем не менее, и они убеждены в

²⁴ В ЛПУ г. Хабаровска около 100 % пациенток женских консультаций покупают разовые перчатки для врача акушера-гинеколога перед осмотром. Более 1/3 пациентов хирургических и гинекологических отделений, имеющих те или иные послеоперационные осложнения, приобретают за свой счет дорогостоящие антибиотики из

том, что мнение о сложившемся рынке нелегальных платных медицинских услуг в регионе не имеет под собой достаточных оснований.

В этой связи, следует отметить отношение населения к неформальной оплате медицинской помощи. Многие пациенты считают, что для того, чтобы врач стремился оказать медицинскую помощь высокого качества, его необходимо «отблагодарить». Вероятно, здесь сказывается выработанная за многие годы психология раболепия человека перед любой форменной одеждой – милицейской, военной, железнодорожной, белым халатом и т. д.

По данным опросов населения, более 2/3 пациентов в ЛПУ так или иначе оплачивало медицинские услуги из своего кармана. В то же время, независимо от социального статуса и доходов, большинство респондентов хотели бы получать медицинские услуги бесплатно. При выборе медицинского учреждения 47,3 % дальневосточников руководствуется качеством предоставляемых услуг. Они полагают, что в ЛПУ региона сложилась достаточно стройная система доплат (поборов) за гарантии качества. Более трех четвертей опрошенных ежегодно готовы тратить более 500 рублей из собственного кармана на оплату медицинских услуг, причем 87,6 % респондентов искренне убеждены в том, что источником оплаты медицинских услуг являются их личные средства. На вопрос о том, «каким образом можно повлиять на качество медицинского обслуживания», 35,9 % ответили, что при современном отношении медицинских работников к пациентам таких возможностей просто нет, в то же время 54,4 % считают, что для повышения качества медицинской помощи необходимо увеличить государственное финансирование ЛПУ.

По мнению специалистов, которые занимаются теневым рынком в отечественном здравоохранении, определение объемов теневой экономики целесообразно начинать с выявления факторов, способствующих ее развитию.²⁵ Директор Российского независимого института социальной политики доктор экономических наук С.В. Шишкин считает, что при определенных условиях «можно добиться, чтобы стандарт медицинской помощи был обеспечен всем бесплатно». В то же время у людей, у которых есть деньги, всегда будет возникать желание получить дополнительные дорогостоящие услуги, заплатив легально или нелегально. «Как отблагодарить врача, который хорошо выполнил свою работу? Думаю, не следует пытаться такие неформальные платежи устранить».²⁶

Можно согласиться с мнением С.В. Шишкина, но тогда такое же право надо предоставлять всем государственным служащим и назвать эти платежи не стыдливым определением «благодарность за хорошо выполненную работу», а определением сути этого явления, разъедающего, как едкая кислота наше об-

группы «резерва». Более 2/3 пациентов дневных стационаров поликлиник приобретают практически все медикаменты за свой счет и т. п. Информация получена по данным регулярных опросов потребителей медицинских услуг (прим. авторов).

²⁵ Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Авт. коллектив: С.В. Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е. Бесстремьяная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова, Независимый институт социальной политики. – М., 2004.

²⁶ С. Шишкин. Интервью «Московским новостям». Платили и будем платить? // Московские новости, № 46, 9-15 декабря 2003 г. – С. 24.

щество, т. е. «незаконными поборами». Кстати сказать, определенная часть врачей и их руководителей право на получение «благодарности за хорошо выполненную работу» уже давно «приватизировала», не дожидаясь окончания исследования и выводов ученых из института социальной политики.

Вообще мнение директора Российского независимого института социальной политики о легализации «теневых платежей» в медицине, что и так существуют в огромных масштабах в родном отечестве, следует поставить в ряд достаточно «свежих» заявлений федеральных чиновников о том, что к наиболее коррумпированным отраслям следует отнести отечественное здравоохранение и образование. По их мнению, именно с врачей и учителей надо начинать борьбу с коррупцией в родном отечестве, а все остальные подождут... Что же относительно Постановления Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», где определены порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг, то оно должно пройти проверку временем.

Наибольшие нарушения прав дальневосточников в части получения бесплатных видов медицинских услуг встречаются при обеспечении стационарных видов медицинского обслуживания лекарствами, питанием, мягким инвентарем, при проведении диагностических исследований. Также имеет место вымогательство у пациентов медицинскими работниками дополнительных гонораров как за оказанные услуги, так и за содействие в обеспечении адекватного курса лечения по программам бесплатного медицинского обслуживания.

В настоящее время нередкая, к сожалению, практика, когда пациенту по программам государственных гарантий приходится в значительной мере за свой счет обеспечивать при стационарном лечении почти всю медикаментозную помощь. При этом применяются следующие схемы.

Медицинский персонал за соответствующее вознаграждение предоставляет пациенту лекарства, чаще всего имеющиеся в наличии в стационаре, которые еще раз будут покрыты или уже профинансированы из средств ОМС или бюджета.

Лечащий врач за вознаграждение неофициально выступает дилером аптечного учреждения в продвижении дорогостоящих лекарственных средств для своих пациентов, причем зачастую пациенту можно обойтись и без этих препаратов. Гонорар врача в этом случае складывается из разницы между розничной ценой и ценой продажи пациенту или определенного процента с объема реализации данного препарата от администрации аптечного заведения. Пациенту никто не возмещает расходы на лекарства.

В некоторых ЛПУ Дальнего Востока для проведения диагностических исследований как амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в стационарах, пациенты должны принести с собой одноразовые шприцы, контрастные препараты и т. п. Анализ данных опросов медицинских работников и позволили выявить разные механизмы оплаты пациентами медикаментов при лечении в муниципальных ЛПУ.

В одних случаях сами лечащие врачи предлагают пациентам свои услуги в приобретении лекарств. В других случаях пациенты или их близкие приобретают необходимые лекарства или медицинские изделия в аптечной сети. Покупка производится в легальной форме. Но, по сути, пациенты оплачивают то, что общество должно было бы предоставить им бесплатно. Наконец, возможна ситуация, когда пациенты платят посреднику, который берет на себя обязательство обеспечить их нужными препаратами.

Рекомендуя больным приобрести лекарственные препараты, имеющиеся в свободной продаже, врачи зачастую делают это небескорыстно. Можно выделить несколько механизмов оплаты пациентами лекарств и медицинских изделий, которые обеспечивают заинтересованность врачей в такой оплате:

- ✓ *врачи имеют договоренности с фирмами-производителями или дистрибьюторами лекарственных средств и изделий медицинского назначения о комиссионных за продажу соответствующих товаров;*
- ✓ *врач выписывает пациенту рецепт на дорогостоящее лекарство, поскольку получает за это вознаграждение от фармацевтической фирмы. При этом для полноценного лечения пациента во многих случаях можно было бы обойтись более дешевыми препаратами. А иногда дешевый препарат является и более эффективным;*
- ✓ *врачи просят больного приобрести рекомендованные лекарства в конкретной аптеке, обычно при больнице или поликлинике. Такая аптека, как правило, принадлежит руководству ЛПУ, или их родственникам, и в этом случае практически всех пациентов направляют в эту аптеку;*
- ✓ *врач предлагает больному приобрести лекарство лично у него, объясняя это тем, что он имеет возможность купить его по оптовой цене. Врач в этом случае сам выступает в роли розничного дистрибьютора лекарственных средств. Бывает так, что и больной при этом выигрывает – цена у врача меньше, чем в аптеке, и врач имеет свою прибыль. Но чаще всего цена, заплаченная врачу, приближается к розничным ценам;*
- ✓ *пациенту предлагают заключить договор со страховой медицинской организацией на добровольное медицинское страхование лекарственного обеспечения во время его лечения в данной больнице.*

Комиссионные врачам могут быть теневыми, а могут быть выплачены вполне легально. Но в любом случае их конечным источником являются средства пациентов этих врачей.

Оценка объема медицинских услуг, оказанных населению работниками ЛПУ, получившими наличные платежи от пациентов, производится по анонимным социологическим опросам. Объектом наблюдения выступают домохозяйства, однако по мнению специалистов, респонденты должны показывать

только индивидуальные наличные (незаконные) платежи за оказание медицинских услуг.²⁷

Социологи регулярно исследуют те или иные аспекты теневого рынка медицинских услуг и приходят к выводу о том, что контролируемые государством легальные платежи граждан составляют лишь незначительную часть общего объема индивидуального финансирования.²⁸ Основная масса платежей населения имеет теневой характер и по своему объему вполне сопоставима с направляемыми на эти цели государственными финансовыми ресурсами.

Мы полагаем, что замалчивать проблему теневого рынка в отечественной медицине было бы стратегически неверно, поскольку только реальные маркетинговые оценки позволят найти пути к решению возникающих проблем. Проведенные в последние годы исследования показывают, что картина участия населения в оплате медицинской помощи многогранна.²⁹ Не пытаться решать назревшие проблемы неверно и даже опасно. Улучшить ситуацию, сделать качественную медицинскую помощь более доступной для населения и рационализировать формы его участия в ее оплате не просто, но возможно.

Таким образом, в складывающейся ситуации наблюдаются, как минимум, три страдающие стороны. Государство, оплачивающее расходы «теневого» рынка в своих учреждениях и ничего не получающее взамен. Огромная часть пациентов, которые не в состоянии платить и месяцами ждут бесплатную качественную медицинскую услугу из-за того, что их место в очереди занимают люди, которые смогли заплатить, и в силу этой же причины должны довольствоваться худшим уровнем обслуживания, обеспечения медикаментами и т. д. Легальный медицинский бизнес, вынужденный конкурировать с тевевым при абсолютно разных условиях деятельности, как правило оказывается в проигрыше.

Таким образом, вырисовываются, по меньшей мере, три основные задачи модернизации здравоохранения региона. Во-первых, облегчить бремя финансирования системы из официальных источников. Во-вторых, удовлетворить спрос населения в медицинских услугах и медикаментах максимального качества по минимальным ценам. В-третьих, формировать условия для свертывания или разрушения теневого рынка медицинских услуг. Поставленные задачи следует решать через стимулирование развития регионального рынка медицинских услуг. В том числе и за счет развития системы автономных медицинских организаций при обязательном сохранении объема услуг в рамках региональных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

²⁷ Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики, 1998. – № 10.

²⁸ Шишкин С.В. (Отв. ред.), Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 142. – М.: Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики. 2003.

²⁹ Preker A., Jakab M., Schneider M. Health Financing Reforms in Central and Eastern Europe and in the Former Soviet Union. In Funding Health Care Options for Europe. Mossialos E., Dixon A., Kutzin J., Figueras J., European Observatory Series. 2001.

В реальной ситуации многие дальневосточники все чаще выбирают платные клиники, где доступность и качество услуг выше, освобождая тем самым места в государственных ЛПУ для тех, кто платить не может. Рост популярности платной медицины становится дополнительным стимулом для развития рынка медицинских услуг, что обеспечит развитие как традиционной системы здравоохранения в рамках реализации обязательного медицинского страхования, так и альтернативных вариантов. При этом обострившаяся конкуренция не может не спровоцировать роста уровня качества медицинских услуг.

В то же время следует понимать, что модернизация региональной системы здравоохранения с помощью стимулирования и развития рынка медицинских услуг должна идти эволюционно, а не директивно. Региональные власти должны стимулировать этот процесс, но не насаждать. Развитие государственной и частной коммерческой медицины должно идти при обязательном условии сохранения и социального, то есть бесплатного, здравоохранения, только при этом условии дальневосточники прочувствуют положительные результаты модернизации регионального здравоохранения в виде повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

8.4. Безопасность медицинской помощи дальневосточникам

Каждый дальневосточник, который обращается за помощью в медицинское учреждение, испытывает двойственное чувство. С одной стороны, это чувство глубокой веры в силу современной медицины, высокий уровень ответственности и квалификацию лечащего врача, с другой – навеянное личным опытом, опытом других чувство неуверенности в том, что в результате оказания медицинской помощи наступит полное избавление от недуга и выздоровление. Душу каждого пациента точит «червячок сомнения» в том: «Все ли предпринял лечащий врач для его спасения? Не ошибся ли он в диагнозе и выборе метода лечения?» «Может быть, уверенность в благоприятном исходе встречи с представителями отечественной медицины следует поддержать «определенной» суммой в рублях, а еще лучше в USD».

Сегодня многие больные и их родственники искренне уверены в том, что, только оплатив из «своего кармана» медицинские услуги непосредственно их производителю (врачу, медицинской сестре, лаборанту и т. п.), они могут свести к минимуму вероятность получения некачественных медицинских услуг. В связи с этим следует отметить, что качество медицинской помощи мало зависит от варианта оплаты, поскольку истоки «брака» при производстве медицинских услуг, как правило, находятся за пределами товарно-денежных отношений. В то же время, производство медицинских услуг в определенной мере отличается от производства услуг в других отраслях социальной сферы.

Медицинская услуга – услуга особого свойства. Соответственно язык и принципы потребительского подхода к ней должны применяться с некоторыми оговорками. Потребители медицинских услуг, впрочем, так же, как и те, кто ее производит, нередко весьма приблизительно представляют соответствующие ценности. Это касается, конечно, ценностей здоровья, но, в первую очередь, –

ценностей приобретаемых медицинских вмешательств. В этом отношении наметились изменения лишь с восьмидесятых годов XX века, по мере формирования принципов «доказательной медицины», но пока в медицинской практике остается много вмешательств, относительная и абсолютная ценность которых до сих пор неизвестна, а иногда и просто сомнительна.

Многие производители и потребители медицинских услуг все чаще и чаще убеждаются в том, что отечественное здравоохранение занимает далеко не передовые позиции в мире, что подтверждается одним из главных оценочных критериев – снижением уровня качества медицинской помощи. Сегодня для того, чтобы уменьшить число ошибок при производстве медицинских услуг, следует внедрять инновации, разрабатывать современные стандарты диагностики и лечения заболеваний, основанные на принципах «доказательной медицины». Пациенты не могут ждать завершения очередных программ реформирования или модернизации здравоохранения. Они были готовы потреблять медицинские услуги вчера, потребляют их сегодня и будут потреблять их завтра, причем объем потребления растет, а требования потребителей к качеству услуг повышаются.

Проблема «врачебных ошибок» существовала всегда. Еще в 2003 году в Москве состоялся I Всероссийский съезд (Национальный конгресс по медицинскому праву), где обсуждались вопросы защиты прав пациентов и меры по предупреждению врачебных правонарушений и случаев неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи.³⁰ С точки зрения юридической оценки последствий оказанной медицинской помощи (с целью установления оснований для привлечения к ответственности медицинских работников) принято делить неблагоприятные последствия лечения на врачебные ошибки, несчастные случаи и наказуемые упущения (профессиональные правонарушения). И действительно, на практике нередки случаи оказания медицинской помощи неудовлетворительного качества, последствием которой может явиться безрезультатное лечение или причинение вреда жизни и здоровью пациента. В этом смысле лечение, проведенное с отклонением от принятых стандартов качества, сопровождающееся причинением вреда здоровью может стать основанием для привлечения медицинских работников к административной, гражданской и уголовной ответственности.

Сознательно и добровольноверя врачу самое дорогое, что дается природой, – свое здоровье и жизнь, пациент вправе рассчитывать на искреннее желание врача помочь избавиться от страданий, на его надежные профессиональные знания и высокие нравственные черты характера. Сознывая единство человеческого организма как весьма сложной биологической системы, врач-профессионал одновременно врачует функциональные и органические нарушения органов и систем. Взаимоотношения врача и пациента в современном российском обществе регламентируются не только принципами этики и деонтологии, но и правовыми актами на уровне государства в целом. В этой ситуации

³⁰ Научные труды I-го Всероссийского съезда (Национального Конгресса по медицинскому праву). Том. 1-2. Россия-Москва. 25-27 июня, 2003 г.

очень важно разграничить понятие «профессиональная ошибка» от понятия «профессиональное преступление» медицинских работников.

Врачебная ошибка. Как неоднократно подчеркивал проф. Ю.Д. Сергеев, с правовой точки зрения, несмотря на наличие огромного числа случаев врачебных ошибок в медицинской практике, термин «врачебная ошибка» в юридическом смысле не существует и не зафиксирован ни в одном юридическом документе. Он предлагает другое понятие – «ненадлежащее оказание медицинской помощи», указывая на то, что в медицинской литературе содержится не менее шестидесяти пяти промежуточных определений, понятий описывающих врачебную ошибку.³¹

В судебно-медицинской практике решение проблемы определения понятия врачебной ошибки необходимо для отграничения правонарушений от так называемых «допустимых в медицинской деятельности профессиональных ошибок». Совершенно понятным является то, что большинство производителей медицинских услуг относят врачебные ошибки к чисто медицинским понятиям, в связи с чем говорят о невозможности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за допущенные профессиональные ошибки.³² В то же время на протяжении многих лет в работах судебных медиков и юристов в понятие «врачебная ошибка» вкладывалось настолько противоречивое содержание, что не способствовало объективному изучению данного феномена.

В медицинской литературе общепринятым является определение врачебной ошибки, разработанное И.В. Давыдовским, данное еще в 1928 году, понимаемое, как *добровольное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний и опыта врача.*³³

Наш опыт экспертной работы показывает, что только личность врача, его нравственный облик и профессиональная подготовка в конечном счете определяют успех и каждого медицинского вмешательства в отдельности, и всей отрасли здравоохранения в масштабе региона. Невежественный врач может совершать ошибки и в США, и в ФРГ, и в Японии, а хороший специалист творит чудеса и в самой отдаленной провинциальной больнице Дальнего Востока. Известные врачи М.Я. Мудров, Н.Н. Пирогов, С.П. Боткин, Osler Sir William, Hegglin R., Selye H. и др. признавали, что они совершали ошибки. Но разница между великими и невеждами как раз и состоит в том, что первые признавали свои ошибки и на них учились, а вторые категорически их отрицали, какими бы очевидными они ни были.

Анализ различных вариантов реальных ситуаций производства медицинских услуг в субъектах РФ ДФО, которые приводят к формированию врачебных ошибок, позволяют нам говорить о том, что наличие документов, удостоверяющих получение образования в самых престижных вузах, сертификата

³¹ Сергеев Ю.Д. Ошибка или преступление? // Медицинская газета, 1994, 20 апреля.

³² Концевич И.А. Долг и ответственность врача. Киев, 1983. – С. 80.

³³ Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина, 1941, № 3. – С. 3–10.

специалиста и других документов, к сожалению, не формируют атмосферы минимизации уровня врачебных ошибок. По данным анализа экспертных заключений системы ОМС в ДФО наблюдается рост числа деяний, причиняющих ущерб жизни и здоровью пациентов в результате неквалифицированного выполнения медицинским персоналом ЛПУ своих профессиональных обязанностей. При этом значительное число совершаемых врачебных ошибок остаются незамеченными как со стороны администрации ЛПУ, так и страховых медицинских организаций, а также органов управления здравоохранения самого разного уровня, так и со стороны компетентных должностных лиц правоохранительных органов.

В настоящее время в рамках реализации современной нормативно-правовой базы РФ, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» был подписан Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», введен регламент дефектов медицинской помощи.

Вводимый регламент и понятия дефектов медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи с большой долей вероятности позволят внести определенную ясность в решение проблемы качества, хотя бы учета вышеуказанных дефектов. Однако проблему качества и безопасности медицинской помощи населению России это не решит, поскольку рост числа врачебных ошибок – это проблема отнюдь не отечественного происхождения.

Учитывая глобальный характер проблемы медицинских ошибок, Исполнительный комитет ВОЗ еще в январе 2002 г. принял резолюцию «Качество здравоохранения и безопасность больных» и утвердил Стратегию по повышению безопасности больных, в которой наметил основные меры по улучшению качества оказания медицинской помощи населению.³⁴ Таким образом, учитывая масштабы проблемы, необходима государственная программа, направленная на существенное снижение уровня смертности по причине врачебных ошибок, по примеру США (где данная программа существует давно). Еще Билл Клинтон, будучи президентом США, исполнительным распоряжением создал Межведомственную рабочую группу по координации качества в здравоохранении и потребовал от нее представить ему в течение 60-ти дней рекомендации, направленные на повышение степени безопасности больных. Разработанные Президентской комиссией рекомендации были выпущены Белым Домом еще в феврале 2000 г.³⁵ Аналогичная государственная программа, вероятно, должна иметь место и при президенте РФ.

Согласно данным Института медицины Национальной академии наук США в структуре причин смерти врачебные ошибки занимают пятое место,

³⁴Quality of Care Patient Safety. WHO, 2002, Resolution EB, 109, 16.

³⁵Adverse Drug Events. Substantial problem but magnitude uncertain. US General Accounting Office. 2000, February, 1–12.

опередив такие распространенные заболевания, как сахарный диабет, пневмонию, болезнь Альцгеймера и почечную недостаточность. В 1999 году было зарегистрировано лишь 98 тысяч смертных случаев, ставших результатом оплошности врачей.³⁶ Экономические затраты, связанные с лекарственными осложнениями, составляют в США около 76,6 млрд долл. в год.³⁷ Однако по другим источникам от ошибок, допускаемых медицинским персоналом, в Соединенных Штатах ежегодно гибнет до 195 тысяч человек. Такую цифру обнаружили исследователи из частной корпорации Health Grade. Согласно их данным, в 2000–2002 гг. каждый год на 37 млн госпитализаций регистрировалось в среднем 1,14 миллиона врачебных ошибок, по той или иной причине создававших угрозу для здоровья и жизни пациентов. Из них 15–20 % приводили к гибели больных. Чаще всего причиной смерти становились инфекционные осложнения инвазивных процедур, на втором месте оказались фатальные ошибки хирургов, на третьем – неправильное назначение медицинских препаратов.

К сожалению, официальной статистики по данной проблеме в России, а тем более, на Дальнем Востоке нет. Очевидно, что в выяснении реальной ситуации пока никто не заинтересован. Хотя, проводя простые аналогии с экономически развитыми странами и учитывая реальное состояние отечественной медицины, можно представить, что цифры будут значительными. Вероятно, ежегодно в результате медицинских ошибок получает увечья или гибнет более 200 тысяч граждан России. Так, по мнению главного пульмонолога России, академика А. Чучалина: «Процент врачебных ошибок в России очень высок, более 30 %. Например, ежегодно из 1,5 млн заболеваний пневмонией диагностируется не более 500 тысяч. Причин тому несколько, в том числе и полное отсутствие в стране системы контроля качества оказания врачебной помощи».

Учитывая особенности практической деятельности врача, следует представлять всю сложность его положения при постановке правильного диагноза и назначении адекватного лечения определенных групп пациентов. Особенно это касается ситуаций, когда врач имеет дело со случаями казуистики, атипичным течением заболевания, не располагает достаточным временем для диагностики и т. п. В связи с этим, в практической деятельности врача, даже при самом его добросовестном отношении к работе, высоком уровне квалификации, возможны ошибки в диагностике и лечении. Причем ошибки врача и другого медицинского персонала могут повлечь за собой весьма тяжелые и непоправимые последствия для пациента.

По мнению заместителя директора Хабаровского краевого фонда ОМС Хабаровского края С.В. Маслова в течение последних лет наблюдается отчетливая тенденция к снижению коэффициента удовлетворенности населения региона, в том числе и по показателям доступности бесплатной медицинской по-

³⁶ Olsen P.M., Lorentzen H., Thomsen K., Fogtmann A. Medication errors in a pediatric department. *Ugeskr. Laeger.* 1997, Apr. 14, 159 (16), 2392–2395.

³⁷ Johnson J.A., Bootman J.L. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model // *J. Arch. Intern. Med.*, 1995, Oct. 9; 155 (18), 1949–1956.

мощи.³⁸ Только в 2011 году в Хабаровском крае ХКФОМС и страховыми медицинскими организациями проведено 41641 медико-экономическ экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи. Выявлено 13 813 случаев (9,8 %) нарушения условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (рис. 67).



Рис. 67. Результаты медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в Хабаровском крае в 2009–2011 гг.

Структура нарушений на основании экспертных заключений специалистов ХФОМС и СМО, работающих на территории Хабаровского края в 2011 году, распределилась следующим образом (рис. 67):

- ✓ 39,6 % составили случаи оказания медицинской помощи ненадлежащего качества (различные отклонения от стандартов при оказании медицинской помощи);
- ✓ 29,1 % – случаи выставления счета за неоказанные медицинские услуги;
- ✓ 1,3 % – составили нарушения связанные с необоснованной госпитализацией;
- ✓ 0,5 % нарушений было связано с взиманием денежных средств за оказанную медицинскую помощь, оказанную по программе ОМС.

³⁸ Маслов С.В. Зам.директора Хабаровского краевого фонда ОМС. Доклад. (Материалы круглого стола. 27 марта 2012 года) Правительство Хабаровского края (прим. авторов).

Что же относительно структуры жалоб и заявлений потребителей медицинских услуг, то она выглядела следующим образом (рис. 68):

- ✓ первое место в рейтинге занимали жалобы на неудовлетворительную организацию работы медицинских организаций – 30,4 %;
- ✓ второе место – жалобы на отказ в оказании медицинской помощи по программе ОМС – 19,5 %;
- ✓ третье место занимали жалобы пациентов на ненадлежащее качество медицинской помощи – 15,7 %;
- ✓ четвертое место занимали жалобы на взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь, осуществляемую по территориальной программе обязательного медицинского страхования – 15 %.

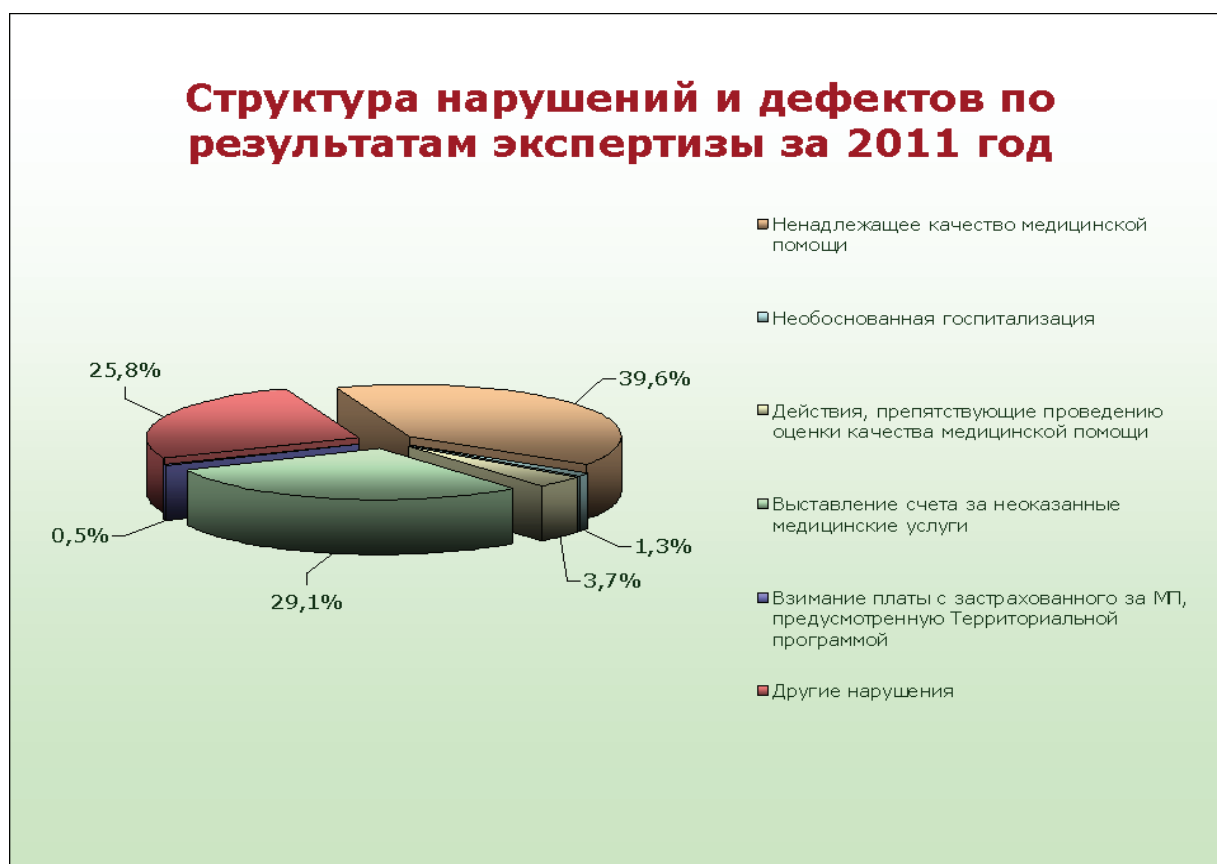


Рис. 68. Структура нарушений и дефектов оказания медицинской помощи пациентам в ЛПУ Хабаровского края по результатам вневедомственной экспертизы (2011 г.)

Причем за последние три года в 2 раза увеличилось число жалоб по вопросам врачебной этики и медицинской деонтологии, что указывает на возрастающую сложность взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг в регионе.

В реальной жизни большинство практикующих врачей и медицинских сестер серьезно заинтересованы в повышении качества лечения своих пациентов. Они устали от традиционных разговоров и указаний многочисленного начальства по обеспечению качества. Бюрократический довесок, призванный сле-

доть за эффективностью и качеством медицинской помощи в виде управлений/отделов в органах управления здравоохранением, заместителей главных врачей ЛПУ по клинико-экспертной работе, штатных экспертов территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и т.п. на деле – бездонная бочка, поглощающая дефицитные средства отрасли здравоохранения. Такое обеспечение качества, с точки зрения практикующих врачей, «... формирует лишь нервотрепку при проводимых проверках и пустую трату средств налогоплательщиков, поскольку реально от него нет прока ни пациентам, ни кому-либо еще».³⁹

В условиях формирования региональных бюджетов со значительным уровнем дефицита, представители региональных правительств ДФО заняты бесконечными попытками «замедления темпов роста расходов на медицинскую помощь, при условии повышения уровня качества оказания медицинской помощи». Практикующие врачи находятся в состоянии длительного ожидания перемен, поскольку хроническое недофинансирование и неэффективное руководство ЛПУ не позволяет повысить качество и эффективность имеющимися методами, а на инновации необходимы значительные расходы и изменение стиля управления производственными процессами. Традиционное обеспечение качества позволяет в экономически развитых странах отсортировать «гнилые яблоки» из корзины здравоохранения, то есть лишить лицензий производителей медицинских услуг, работающих неадекватно. В региональном здравоохранении такое событие «даже представить себе невозможно», поскольку лицензирующие органы пока не готовы к решительным шагам на пути к совершенствованию качества и защите потребителей от поставщиков медицинских услуг ненадлежащего качества, приостанавливая действие или отзывая выданные ранее лицензии.

Врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах взаимоотношений производителей с потребителями медицинских услуг, т. е. это ошибки в процессе оказания медицинской помощи, который состоит из процесса диагностики, лечения и других составляющих всего спектра взаимоотношений врача и пациента.

Ошибки процесса диагностики в ЛПУ ДФО не являются редкостью, но большинство из них анализу не подвергается в силу незаинтересованности руководителей ЛПУ «выносить сор из избы», несовершенства системы внутриведомственной экспертизы КМП, а вневедомственная экспертиза анализирует лишь отдельные, наиболее тяжелые случаи, как правило, сопровождающиеся судебными исками. Что же относительно негосударственных медицинских учреждений, то до настоящего времени это «terra incognita» для тех, кто управляет медицинской помощью в большинстве субъектов РФ ДФО.

В качестве примера диагностической ошибки приводим данные комиссионной экспертизы.

Больная К., 15 лет, обратилась в поликлинику к врачу-терапевту с жалобами на сильные боли в правой половине грудной клетки, лихорадку до 38,4°C.

³⁹ Из данных опросов врачей в ЛПУ ДФО, проведенных в 2012 году (прим. авторов).

На коже правой половины грудной клетки наблюдалась гиперемия, пузырьки, был заподозрен простой герпес. Пациентка была направлена к врачу-дерматовенерологу, который назначил местное лечение. В этот же день больная осмотрена врачом-травматологом, который поставил диагноз: ушиб грудной клетки.

Таким образом, после осмотра двух специалистов пациентка оставлена дома под наблюдением участкового терапевта. Состояние больной не улучшалось, лихорадка до 38 градусов, сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и движении. На следующий день ребенок осматривается заведующим пульмонологическим отделением ЛПУ, который заподозрил флегмону мягких тканей и направил его к хирургу приемного отделения, который отверг этот диагноз. Девочка оставлена дома с рекомендацией «под наблюдение участкового врача»

На третий день от начала заболевания ее состояние еще более ухудшилось и она была осмотрена дома другим врачом-терапевтом, который в области правой половины грудной клетки обнаружил припухлость размером с «детскую головку», очень болезненную при пальпации.

В этот же день больная направлена на консультацию в инфекционное отделение, где отвергнут диагноз простого герпеса, поскольку герпетических изменений нет, а имеется массивная зона гиперемии в области правой половины грудной клетки с синюшно-багровыми пятнами. И, наконец, к концу третьего дня с момента первого обращения за медицинской помощью, девочка госпитализирована в терапевтическое отделение клиники, а затем переведена в РАО. Произведена пункция инфильтрата мягких тканей в области правой половины грудной клетки, получен гной. На четвертые сутки при явлениях нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности наступил летальный исход. За несколько часов до смерти пациентки был собран консилиум, который установил клинический диагноз: сепсис, септикопиемическая форма, острое течение. Флегмона мягких тканей правой половины грудной клетки. Правосторонняя очаговая пневмония. Полиорганная недостаточность.

Эта комиссионная экспертиза выявила типичную для последних лет тенденцию, когда фактически лечащего врача у больной не было. За анализом многих документов, объяснений, протоколов разборов, приказов и т. п. потерялась личность – лечащий врач, который должен ставить клинический диагноз, назначать лечение, привлекать специалистов-консультантов, собирать или настаивать на проведении консилиума. В конечном итоге при анализе причинно-следственных связей заболевания девочки ретроспективно было установлено, что ребенок занимался спортом, после травмы правой половины грудной клетки образовалась межмышечная гематома, которая, нагнаившись, и вызвала все описанные ранее клинические проявления, в том числе и сепсис.

Ранняя диагностика флегмоны и сепсиса в описанном случае создавала перспективу для своевременного лечения и благоприятного исхода заболевания. Фактическое отсутствие лечащего врача, осмотры ребенка многими узкими и, вероятно, квалифицированными специалистами давали им возможность

высказывать свои суждения о диагнозе, но собрать воедино все мнения, провести системный анализ и определить правильный клинический диагноз в данном случае было, просто некому.

Ошибки процесса лечения. При попытке экскурса в новейшую историю медицины мы упираемся в невероятно привлекательные результаты эффективно работавшей несколько десятилетий схемы этиологического подхода лечения многих болезней: конкретный микроб – таблетка от этого микроба – выздоровление. Самое главное – это точно определить причину заболевания, а потом ... применяй стандартное лечение, описанное в «толстых руководствах», и успех обеспечен. Довольно часто это иллюзия, формируемая недостаточно подготовленными специалистами по управлению здравоохранением, которые пытаются уподобить стратегию и тактику лечения пациента – выполнению рецепта из поваренной книги.

Клинический и экспертный опыт показывают, что на самом деле очень важно, что бы все, как производители, так и потребители медицинских услуг, понимали, что конечный результат диагностики и лечения формируется в условиях сложного взаимодействия разнообразных компонентов. Понимание сложности организационных систем в здравоохранении приводит нас к выводу, полностью подтвердившемуся в промышленном производстве, что большинство дефектов качества происходит не потому, что виноват или ошибся конкретный исполнитель (врач или медсестра), а потому, что система не предусматривает защиты от такой ошибки. Признание этого факта – ключевой момент, поскольку оно лежит в основе осознания тщетности попыток улучшить качество лечения за счет выявления «стрелочников», которые «все портят своими ошибками».

Некоторые специалисты считают, что если врач прекрасный диагност, то это уже 50 % успеха лечения: «Диагноз сформулирован правильно, найдено определение состоянию пациента, решена основная задача, а последующее лечение это не больше, чем соблюдение общепринятых алгоритмов или готовых рекомендаций по лечению (стандартов/протоколов)». Эта ошибочная и вредная, по своей сути, точка зрения бытует у широких слоев медицинской общественности на Дальнем Востоке России и наносит ущерб престижу профессии врача, а иногда отражается на здоровье пациентов, поскольку проведение лечебных мероприятий, выбор тактики лечения – процесс весьма сложный и динамичный. Следует констатировать факт, что в учебных программах процессу лечения даже весьма распространенных заболеваний традиционно отводится мало времени, особенно это находит свое отражение в программах непрерывной подготовки врачей всех профилей.

К сожалению, ошибки чаще совершают молодые врачи, и это связано, в первую очередь, с отсутствием у них системного подхода к процессу лечения, логического перехода от одного этапа организации и осуществления лечения к другому. Эти этапы можно перечислить в хронологической последовательности:

- ✓ *клиническое прогнозирование;*

- ✓ анализ и оценка эффективности и рентабельности альтернативных методов лечения;
- ✓ оценка риска возможных побочных эффектов и осложнений лечения;
- ✓ выбор тактического варианта лечения;
- ✓ проведение лечебных мероприятий;
- ✓ анализ промежуточных и конечных эффектов лечения.

Профессиональное выполнение выше указанных этапов, т.е. выполнения стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, значительно снижает уровень риска развития ятрогений. Именно на этапе лечения пациента совершается значительное число технологических и технических ошибок в ЛПУ ДФО. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность совершения ошибки многократно повышается при отклонении от стандарта технологии оказания медицинской помощи.

Примером такой ошибки могут служить материалы следующей комиссионной экспертизы случая ненадлежащего качества медицинской помощи.

Больная Д. поступила в гинекологическое отделение клинической больницы по направлению участкового акушера-гинеколога с диагнозом: множественная миома матки. В плановом порядке была произведена операция экстирпация матки. Через 10 дней пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Морфологическое исследование подтвердило диагноз множественной миомы матки с дегенеративными изменениями в лимфоузлах. Через 3 дня после выписки у больной появились рези при мочеиспускании, боли в животе. Она была повторно госпитализирована в гинекологическое отделение в связи с подтеканием мочи из влагалища при отсутствии произвольного мочеиспускания, т. е. образовался пузырно-влагалищный свищ, по поводу которого пациентка длительно лечилась и в стационарных, и в амбулаторных условиях, и только через 3 месяца произведена операция — экстраперитонеальная фистулография, ушивание раны левого мочеточника. Послеоперационный период протекал относительно гладко и на 12 сутки после повторной операции больная была выписана домой.

Вневедомственная экспертиза выявила достаточно много отклонений от принятых технологий лечения, однако главной причиной возникновения ошибки, по мнению экспертов, при проведении оперативного вмешательства стало несоответствие квалификации врачей – членов операционной бригады сложности и объему оперативного вмешательства. Результатом этого стал высокий риск осложнений в ходе первого оперативного вмешательства. «Не осуществлялся контроль взаимоотношений удаляемой матки и мочевого пузыря», а «После операции был зарегистрирован абсолютный симптом интраоперационной травмы мочевых органов – окрашивание мочи кровью», попыток выяснения появления крови в моче бригада хирургов не предпринимала. В заключение эксперты отметили, что интраоперационное осложнение и его последствия обусловлены недопустимо низким техническим уровнем проведения оперативного вмешательства.

Таким образом, врачебная ошибка – это досадный брак в работе, однако за всеми рассуждениями о праве врача на ошибку кроется несостоятельная с точки зрения логики позиция. Если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, то она утрачивает свою гуманистическую природу, а, следовательно, отношение к профессиональным ошибкам должно быть непримиримым. Следует рассматривать профессиональную ошибку врача не как его личное несчастье, а как горе для пациента и его родственников.

Образцом отношения врача к своим профессиональным ошибкам следует считать Н. И. Пирогова, который писал: «Я считал ... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих».

За истекшее десятилетие в субъектах РФ ДФО число проводимых разноплановых экспертиз, исследующих качество лечения, увеличилось на порядок, значительно возросли расходы на их проведение. Изменилась структура ЛПУ, кроме государственных и муниципальных медицинских учреждений как грибы после дождя стали расти негосударственные (частные) ЛПУ. Казалось бы, что в условиях реальной конкуренции между лечебными учреждениями, повышением числа контролирующих организаций, объемов контроля качества должно уменьшиться число врачебных ошибок при оказании медицинской помощи. В реальной жизни это не так. Число ошибок при производстве лечебных мероприятий в ЛПУ региона продолжает расти.

Много надежд было связано с работой по стандартизации медицинских услуг, когда с 1998 по 2012 гг. приказами министра здравоохранения было утверждено более тысячи технологических и около сотни организационных стандартов оказания медицинской помощи (протоколов и порядков), однако значительная их часть не выполняется. Причины этого явления банальны. С одной стороны, многие врачи, особенно в первичном звене здравоохранения, до сих пор даже не подозревают о существовании протоколов и порядков. А при подготовке специалистов в интернатуре, ординатуре и аспирантуре проблемы стандартизации медицинской помощи практически не обсуждались до последнего времени. В рамках сертификационного экзамена терапевтов, хирургов, педиатров, акушеров-гинекологов и пр. контроль знаний и умений осуществляется за пределами стандартов (протоколов и порядков) оказания медицинской помощи.

В качестве еще одного примера ошибки процесса лечения приводим данные внешней комиссионной экспертизы. Этот страховой случай закончился судебным иском пациентки к ЛПУ. В результате судебного разбирательства ответственность ЛПУ за ненадлежащее оказание медицинской помощи была доказана, и с ЛПУ была взыскана значительная сумма средств в пользу больной, пострадавшей от врачебной ошибки.

Пациентка М., 32 лет, обратилась в поликлинику в связи с необходимостью прохождения медицинского осмотра, жалоб не предъявляла, чувствовала себя здоровой. В процессе прохождения профилактического осмотра у паци-

ентки в анализе крови было выявлено снижение уровня гемоглобина до 108 г/л при уровне эритроцитов 4,09 млн/л. Была осмотрена терапевтом и направлена на повторный анализ, где уровень гемоглобина оставался прежним. Для выяснения причины снижения гемоглобина врач-терапевт для «полного комплексного обследования» назначает фиброгастродуоденографию, УЗИ печени, селезенки, поджелудочной железы, почек, ректороманоскопию, ирригоскопию и осмотр гематолога.

Через день в хирургическом кабинете ЛПУ производится ректороманоскопия. Заключение: патологии не обнаружено. Непосредственно во время процедуры пациентка почувствовала боль в животе, на что обратила внимание врача-хирурга, производившего ректороманоскопию, но тот не придал этому значения, объяснив неприятные ощущения пациентки сложностью процедуры. В последующие дни у 32-летней женщины, чувствовавшей себя до обращения в ЛПУ совершенно здоровой, развился перитонит, по поводу чего она была госпитализирована в хирургическое отделение по экстренным показаниям.

Клинический диагноз: Ятрогенная перфорация сигмовидной кишки. Нижнеэтажный каловый перитонит. Хроническая анемия. Проведена операция лапаротомия, экстериоризация участка сигмовидной кишки с повреждением, дренирование брюшной полости. Эндотрахеальный наркоз. (В послеоперационном периоде у больной развился острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности).

После выписки из хирургического стационара пациентка длительное время находилась под наблюдением у хирурга в поликлинике в связи с контролем за функционированием колостомы и посттромбозитическим синдромом левой нижней конечности. Через 8 мес. с момента проведения экстренной операции было проведено плановое оперативное вмешательство с целью восстановления проходимости толстого кишечника, операция завершена успешно, проходимость кишечника восстановлена, железодефицитная анемия после лечения железосодержащими препаратами купирована.

По мнению экспертов источником технической ошибки хирурга при производстве ректороманоскопии было «грубое» манипулирование тубусом ректоскопа во время производства процедуры.

Вечная беда регионального здравоохранения в период десятилетий рыночных реформ – дефицит финансовых ресурсов - накладывает свой отпечаток на организацию лечения пациентов. Это обуславливает появление случаев необоснованного упрощения стандартных технологий лечения. А при оказании платных услуг пациентам нередко без достаточных медицинских оснований предлагаются более сложные, трудоемкие, а, следовательно, дорогостоящие методы лечения. При этом часто речь идет о необоснованном расширении показаний к ним.

Довольно часто в последние годы встречаются ошибки процесса лечения при передаче пациента с этапа на этап медицинской помощи. В частности, врачи первичного уровня, совершая ошибки лечения пациентов, передают результаты своей работы («брак при производстве услуг») на этап стационарной по-

мощи. В качестве примера такой ошибки лечения и иска пациента к ЛПУ и врачам приводим следующую судебно-медицинскую комиссионную экспертизу.

В апреле NN года по определению судебного заседания районного суда по иску больной З., 1949 года рождения проведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза. Экспертами проведен анализ оказания медицинской помощи пациентке на основании экспертизы первичной документации больной З. (амбулаторной карты № NN и историй болезни №№ NNN, NNN и NNN) и очного осмотра пациентки экспертами.

В январе в частном стоматологическом кабинете пациентке З. проводилось лечение зубов (14-го, 15-го, 16-го) по поводу осложненного кариеса. В последующем после проведения профилактических манипуляций появились боли в обл. зубов, подвергавшихся лечению. Больная З. была направлена на контрольную рентгенографию в муниципальную стоматологическую поликлинику, где было выявлено следующее.

- 1) Корневые каналы 16-го зуба запломбированы контрастным пломбировочным материалом, имеется разрежение костной ткани в области верхушки зубного корня по типу гранулезного периодонтита.*
- 2) В 15-м зубе корневой канал заполнен контрастным пломбировочным материалом, с выведением материала в диаметре 0,5 см за пределы верхушки зуба.*
- 3) В 14-м зубе пломбировочный материал выведен за пределы корневого канала в альвеолярный отросток в большом количестве через перфорированное отверстие.*

Через месяц после лечения в частном кабинете хирургом стоматологической поликлиники была проведена операция по удалению 14-го зуба, что сопровождалось выделением гноя и пломбировочного материала. После удаления 14-го зуба проводилась противовоспалительная терапия. В последующее время состояние пациентки не менялось, хотя имели место жалобы на рецидивирующие боли в области леченных зубов, дискомфорт в полости рта.

Более чем через 1 год больная З. направлена на консультацию и лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы, где диагностирован хронический остеомиелит альвеолярного отростка верхней челюсти, хронический маргинальный периодонтит 15-го, инородное тело верхнечелюстной пазухи справа. В процессе стационарного лечения удалены 15-й и 16-й зубы, а также пломбировочный материал из альвеолярного отростка верхней челюсти справа. Параллельно проводилась противовоспалительная терапия и физиолечение. В течение 8-ми месяцев у больной З. сохранялся дискомфорт, головная боль, а затем появилось гнойное отделяемое из правого носового хода.

Больная З была повторно госпитализирована, но уже в оториноларингологическое отделение той же городской больницы. Диагностирован хронический правосторонний верхнечелюстной синусит справа, в стадии обострения. Хронический генерализованный периодонтит. Проведена гайморотомия с удалением пломбировочного материала, повторные пункции гайморовой пазухи, противовоспалительная терапия и т.п. Состояние пациентки улучшилось, но

она считает, что в результате действий врачей нарушено ее нематериальное благо «здоровье» и причинен «моральный ущерб».

В приведенном примере, по мнению экспертов, причиной ненадлежащего исхода оказания медицинской помощи пациентке З. стало сочетание диагностических и лечебных ошибок на этапе амбулаторной помощи в виде отсутствия своевременного рентгенологического контроля и отклонения от стандартов технологии лечения осложненного кариеса зубов.

Было бы неправильным трактовать приведенные примеры, как исключение из правил. Наоборот, именно это типичные ошибки процесса лечения, которые, по неизвестной причине, выпадают из поля зрения руководителей региональных министерств здравоохранения и главных врачей ЛПУ ДФО.

В своей повседневной работе в последние годы многим врачам все чаще и чаще приходится оценивать не только эффективность лечения, но и его рентабельность (экономическую эффективность), особенно если речь идет о новых методах лечения. До внедрения в практику экономической самостоятельности медицинских учреждений, введения в действие системы «частных» ЛПУ финансовая сторона лечения ни в какой мере не касалась врачей-клиницистов, это было делом администрации клиник и экономистов. Сегодня все чаще и чаще практикующий врач стоит перед проблемой безопасности лечебных мероприятий. С этой позиции нельзя не согласиться с утверждением Е. С. Lambert о том, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких больных, которым нельзя навредить». В последние годы в ЛПУ Дальнего Востока России все чаще и чаще в качестве причины госпитализации указываются «ятрогенные» заболевания. Риск лечения чаще всего характеризуется двумя основными факторами:

- ✓ *вероятностью наступления побочных эффектов,*
- ✓ *тяжестью проявлений побочных эффектов;*

Вероятность наступления побочных эффектов лечения врач может оценивать и прогнозировать в случае, когда он сам достаточно хорошо знает выбранный лекарственный препарат, его фармакокинетику, фармакодинамику и лечебный эффект. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов может изменить их действие, причем потенциал взаимодействия лекарственных препаратов неисчерпаем. Поэтому число назначаемых препаратов должно быть сведено к минимуму. Это одна из гарантий безопасности лечения.

Выраженность побочных эффектов в значительной мере зависит от того, насколько трудно их обнаружить и устранить, ведь иногда выраженность побочных эффектов лекарственных препаратов трудно связать с их применением, настолько выражена тяжесть ятрогенного синдрома. Недооценка опасности самого лечения - это ошибка, которая нередко служит причиной плохих конечных результатов. Этой ошибки можно не совершать, если своевременно оценить риск возникновения и тяжести проявления ятрогенных заболеваний.

Примером ятрогении может служить синдром Лайелла⁴⁰ (эпидермальный некролиз), более 10 случаев которого нам приходилось наблюдать у детей раз-

⁴⁰ Lyell A. // British Journal Dermatolog. – 1956. – Vol. 68. – P. 355 – 361.

личного возраста. Почти у всех пациентов с синдромом Лайелла были установлены прямые причинно-следственные связи его развития с назначением и применением лекарственных средств, как правило, в обычной терапевтической дозировке. Только в 2 из 12 собственных наблюдений этиологическим моментом явилось в одном случае употребление ребенком 10 лет овсяного печенья и в другом — у ребенка 3 мес., находившемся на грудном вскармливании, — употребление матерью в пищу мяса крабов.

Все дети поступали в РАО в тяжелом состоянии с поражением кожи в буллезной или десквамационной стадии, температура тела до 41°C, артериальное давление снижено до 20—60 мм рт. ст., центральное венозное давление — до 10—30 мм вод. ст., тахикардия до 180—220 в минуту, показатель гематокрита 45—50 %, гипопроотеинемия, лейкопения (от $3,7 \cdot 10^9$ до $2,2 \cdot 10^9$ /л), сдвиги лейкоцитарной формулы влево. Продолжительность как общих, так и местных проявлений зависела от объема поражения и присоединения вторичной инфекции, У половины детей из пузырей, а также из зева и носа выделен золотистый стафилококк.

На фоне проводимого лечения у 10 больных после десквамационной стадии наступила репарация, интенсивно восстанавливалась целостность кожи и слизистых, а также нормализовались гемодинамические и метаболические показатели. На месте инфицированных эрозий возникали нестойкие рубцовые изменения и пигментация, у 5 больных нарушался рост волос на голове.⁴¹

К сожалению, случаи ятрогении не принято обсуждать, изучать причинно-следственные связи их возникновения, осуществлять их учет и т.п. В этой связи, хотелось бы обратиться к известному высказыванию Теодора Рузвельта: «Никогда не ошибается тот, кто ничего не делает. Не бойтесь ошибаться — бойтесь повторять ошибки». Но, для того, чтобы не повторять ошибки, необходимо проведение системного анализа и изучение причинно-следственных связей случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи. К сожалению именно этим вопросам в ЛПУ большинства территорий ДФО не уделяется должного внимания.

В то же время следует помнить о том, что в условиях модернизации отрасли, именно тогда, когда идет массовое внедрение современных технологий на фоне глобальной замены медицинского и технического оборудования, очень важным фактором достижения приемлемых результатов является адекватная система управления. Можно привести массу примеров в отрасли здравоохранения региона, когда процессы управления производственными процессами ЛПУ весьма далеки от реализации принципов системного подхода, применения комплексной стандартизации и процессного управления.

Конечно, внедрение международных протоколов оказания медицинской помощи приближает российских врачей к обеспечению достаточного уровня качества медицинской помощи населению. Переоснащение (модернизация) отечественных медицинских центров по международному стандарту (ИСО) по-

⁴¹ Дьяченко В. Г. с соавт. Синдром Лайелла у детей//Вопросы охраны материнства и детства. — 1989. — № 2. — С. 65–66.

зволяет надеяться на то, что региональным ЛПУ в ближайшие годы удастся выйти на уровень международных результатов производства качественных медицинских услуг. Эти утверждения дальневосточники все чаще и чаще слышат от региональных руководителей, однако именно здесь «не все так просто», поскольку в новейшей истории здравоохранения Дальнего Востока имеются печальные примеры, которые не следует забывать.

К началу 1990 годов в здравоохранении ФРГ, на фоне внедрения международных протоколов, успешные исходы (выздоровление) детей, страдавших злокачественными лимфомами, достигали почти 75 % случаев, соответствующие результаты в отечественной медицине в то время не превышали 10 %. Именно поэтому в гг. Хабаровске, Екатеринбурге, Новосибирске, Новокузнецке, Омске, Ростове-на-Дону, Челябинске, Владивостоке, Волгограде и Воронеже совместно с обществом «КЭР Германия» были созданы 10 детских онкогематологических центров.

К 2000 г. Хабаровские гематологи на фоне внедрения международных протоколов приблизились к результатам коллектива немецких гематологов детского онкогематологического центра в г. Мюнстер, возглавляемого проф. Корнхубером. Достижения специалистов детского онкоцентра г. Хабаровска тиражировались в СМИ, часть сотрудников уже успела побывать на стажировках в профильных медицинских учреждениях ФРГ и делилась своими впечатлениями с коллегами, появились научные публикации по данному вопросу. Однако в 2001 году «грянул гром среди ясного неба». За период с 6 по 19 июля в Хабаровском центре онкогематологии погибло 10 детей. К сожалению, до настоящего времени, реальных причин гибели детей не названо.

Информация в региональных СМИ того времени (рис. 69) была скудной, противоречивой и отображала два мнения.

I. Эксперт, директор НИИ детской гематологии А.Г. Румянцев:

- ✓ *«Концентрация крайне тяжелых больных, которые не имели шансов выжить, в одном месте и конкретном времени...»*
- ✓ *«В результате вскрытия и специальных анализов было установлено, что у умерших детей есть признаки серьезных форм раковых заболеваний (лейкоз, острая саркома)».*
- ✓ *«Причин считать, что в основе были преступные действия или халатность персонала, на самом деле нет».*

II. Представитель прокуратуры Кировского района г. Хабаровска:

- ✓ *«Всем умершим пациентам внутривенно вводился новый лекарственный препарат, совсем недавно появившийся в распоряжении онкоцентра — заведос (идарубицин)».*
- ✓ *«Все препараты, имеющиеся в больнице, прошли дополнительную проверку в специальном центре сертификации медикаментов».*
- ✓ *«Прокурорская проверка прекращена в связи с отсутствием состава преступления».*

ХАБАРОВСКИЙ ЭКСПРЕСС

31 октября - 7 ноября 2001

№44 (445)

СМЕРТЬ с немецким акцентом



С 6 по 19 июля в Хабаровском центре детской гематологии-онкологии навсегда ушли из жизни десять детей: Лукьянов Игорь (14 лет), Донской Игорь (7 лет), Смолин Денис (4 года), Захаров Максим (1 год 10 месяцев), Чурина Настя (11 лет), Лучинин Павлик (5 лет), Горбунов Юра (12 лет), Березень Гена (17 лет), Одыял Федя (7 лет), Яковлева Ксения (12 лет). Столько же детей погибло здесь за два предыдущих года. А эти - за две недели!

«Почему это случилось? Если такое действительно возможно при соблюдении всех правил и нормативов, то так ли нас лечат? Если допущена ошибка, то кто виноват?» Эти вопросы без ответов были вынесены на обложку одного из российских журналов. Он предназначен для родителей, у которых ребенок болен раком.

«Я считаю, что всех детей отравили лекарствами», - утверждает мама одного из погибших детей в своем заявлении в прокуратуру Хабаровска. Версия о том, что дети погибли в ходе проведения клинического испытания нового препарата, выдвигалась сразу после случившегося и в хабаровских средствах массовой информации.

Мы решили спокойно и беспристрастно разобраться в этой трагедии. Выслушать всех.

Рис. 69. Первая страница газеты «Хабаровский экспресс» 31 октября – 7 ноября 2001 года. № 44 (445)

Таким образом, в результате многочисленных комиссионных экспертиз с участием специалистов самого высокого уровня, включая и главного детского гематолога МЗ РФ академика РАМН А.Г. Румянцева, ни медицинская общественность, ни представители прессы, ни население так и не получили ответа на вопросы, которые должны были быть поставлены следователями прокуратуры перед экспертной группой:

- ✓ «В результате каких действий /бездействий медицинского персонала за короткий промежуток времени в медицинском учреждении, имеющем

лицензию на право оказания медицинских услуг по специальности детская онкогематология, погибло более десяти пациентов?».

- ✓ *«Гибель пациентов явилась следствием неосторожности, небрежности, профессионального невежества лечащего врача, заведующего отделением, руководства данного ЛПУ или летальный исход был predetermined тяжестью течения заболевания у всех десяти детей?».*

Конечно, приведенный пример – это трагическое исключение, однако и это исключение может повториться в иное время и в ином месте, но повториться... Соблюдению принципов безопасности не всегда придают такое же большее значение, как, например, финансовому обеспечению или вопросам управления ЛПУ.⁴²

В условиях модернизации регионального здравоохранения довольно часто предлагаются к внедрению в ЛПУ организационные и технологические стандарты, призванные повысить уровень качества. Однако довольно часто выясняется, что некоторые руководители ЛПУ даже не предприняли попытки к их внедрению, несмотря на то, что соответствующие документы находились на рабочих местах. Эти руководители в целом не были плохими работниками. Однако им приходилось в первую очередь уделять внимание «действительно важным» по их мнению, вещам – таким, как обеспечение сбалансированности бюджета учреждения, организации финансовых поступлений от платных медицинских услуг и другим корпоративным вопросам. Безопасность пациентов и качество к числу приоритетов они не относили.

Дальневосточникам остается надеяться на то, что негативные процессы в региональном здравоохранении не носят необратимого характера. В то же время, понимание истоков врачебных ошибок и особенно ошибок процесса лечения, поможет практикующим врачам понять недопустимость и опасности для жизни и здоровья пациентов слепой веры в стопроцентные гарантии успеха от применения навязываемых рекламой лекарств и некоторых модных оперативных вмешательств.

Ошибки взаимоотношений врача и пациента. Факты, накопленные нами в течение последних лет в регионе по проблеме заключений комиссионных экспертиз неблагоприятных исходов в клинической практике, подвергаются быстрому старению ввиду динамичных изменений социально-экономической обстановки в здравоохранении Дальнего Востока, что существенно отразилось и на взаимоотношениях врача и пациента.

Из четырех элементов системы обеспечения прав граждан на надлежащую медицинскую помощь наибольшие изменения претерпела нормативная база. Значительно расширились права пациентов, конкретизирована ответственность медицинских работников за результаты профессиональной деятельности и т.п. В здравоохранении Дальнего Востока появилась и развивается

⁴² За время существования детского онкогематологического центра в г. Хабаровске в течение более чем 20 лет (с 1980 по 2001 гг.) случаев массовой гибели детей отмечено не было, равно, как и в десяти аналогичных центрах России, тем более, в десятках аналогичных центров в мире (прим. авторов).

наряду с государственной и муниципальной частная система здравоохранения, в основном частная стоматология, а также дополнительные источники финансирования ЛПУ.

Реализация правовой реформы в РФ ведет к потенциальному росту правовой информированности населения. По данным Российского фонда правовых реформ, более половины граждан готовы обратиться в суд для защиты нарушенных прав, хотя и не обладают полным представлением о них. Этому в немалой степени способствуют средства массовой информации, деятельность общественных организаций, страховых компаний, Государственного комитета по антимонопольной политике и т.п. По данным Госкомитета по антимонопольной политике, нарушения Закона о защите прав потребителей медицинскими учреждениями за последние годы увеличились более чем в 2,5 раза.

Положительные тенденции в борьбе за права потребителей (консюмеризм) иногда достигают уже своей противоположности - потребительского экстремизма, когда они используются в недобросовестных целях для извлечения дополнительной выгоды. Многие случаи неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи становятся темами публикаций в средствах массовой информации, получают значительный общественный резонанс, чего не было в предыдущие периоды существования отечественной медицины.

Все чаще и чаще среднестатистический дальневосточник сталкивается с проблемами получения исчерпывающей и достоверной информации о состоянии своего здоровья, о гарантиях в получении бесплатной медицинской помощи, о качестве медицинских услуг, об уровне загрязнения среды обитания промышленными и бытовыми отходами, о риске распространения тех или иных опасных инфекционных заболеваний и многом другом.⁴³ А параллельно в местных «независимых» СМИ подаются информационные блоки о «достижениях» органов власти различного уровня по вопросам охраны окружающей среды, высоком уровне медицинской помощи населению и т.п. Формирующееся так называемое «гражданское общество», получая «причесанную» информацию, продолжает спокойно дремать под сенью демократических свобод.

Плохо, если пациент зависит от лечащего врача, но намного хуже, когда пациент зависит от чиновника, который определяет, какую информацию о здравоохранении предоставлять, какие виды медицинской помощи должны быть бесплатными, какие платными и сам устанавливает «правила игры». Для некоторых чиновников стали крылатыми выражения: «Мы оказали помощь больнице», «Мы поможем жителям региона (города) сохранить свое здоровье» и т.п. Позвольте, но речь должна идти не о «помощи», а о выполнении своих

⁴³ «Граждане имеют право: на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека; получать в соответствии с законодательством РФ в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах и учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания...». Российская Федерация. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (прим. авторов).

обязательств по отношению к населению и отчитываться необходимо перед налогоплательщиками.

Изменения, происходящие в современной России, огромный поток информации из-за рубежа о взаимоотношениях врача и пациента, принятие новых законодательных актов об охране здоровья населения позволяют уйти от принципов патернализма во взаимоотношениях врача и пациента. Сегодня уже возможен переход от патернализма к использованию принципов сотрудничества и взаимного доверия.

Эти принципы можно свести к четырем главным компонентам:

- I. поддержка;*
- II. понимание;*
- III. уважение;*
- IV. сочувствие.*

Традиционно в отношениях врача и пациента заложены противоречия, с одной стороны, они строятся на патерналистских началах – врач «знает», что надо делать, и сделает все к лучшему, даже против воли пациента, с другой стороны, их отношения признают свободный выбор пациента – пациент распоряжается своим телом. Следует отметить, что противоречивые мотивы не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни.

В сопоставимом анализе международного и русского исторического опыта патернализм связан, хотя и не жестко, с представлениями о преобладающей важности общественных интересов. Тем не менее, патернализм в чем-то сродни рабству, когда в силу обстоятельств пациент вынужденно зависит от врача.

В этом контексте нельзя не учитывать эволюцию сознания самого пациента, произошедшую в последнее десятилетие. Непокосимость компетенции и специфические знания врачей стали постепенно подвергаться сомнению. Врачей стали все чаще обвинять в недостаточной компетенции и даже привлекать к судебной ответственности. Изменились в худшую сторону и ушли далеко за пределы корпоративных интересов профессиональные отношения между самими врачами. Сегодня значительно усилилась взаимная конкуренция, способствующая, как неожиданно выяснилось, снижению профессионального уровня медиков, ухудшению эффективного сотрудничества между ними. Сегодня не существует реально функционирующей общественной организации, которая бы представляла широкие слои медицинской общественности.

Современный медицинский мир наводит на общество страх в связи с большим прогрессом в области клонирования биологических организмов и трансплантации органов и тканей, поскольку в условиях «дикого рынка», по Гайдару, ни для кого не стали удивительными отрывочные сведения и предположения о существовании рынка живых органов. «Спрос рождает предложение» и вот уже продвинутые журналисты, да иногда и медицинские работники вполне серьезно обсуждают рыночную цену почки (печени, сердца и др.). При чем делается это на таком уровне цинизма, что еще 15-20 лет назад такого человека в России подвергли бы остракизму и презрению.

Таким образом, в условиях рынка определенная часть медицинских работников имеет два противоположных лица, наводящих страх на общество: консерватизм, опирающийся на профессиональные ошибки, и прогресс, основывающийся на презрении к человеку, который не в состоянии оплатить медицинские услуги по рыночным ценам. Но если даже у пациента имеются средства для оплаты медицинской помощи по рыночным ценам, то его могут вынудить принять неправильное решение. Ведь зачастую лечащий врач, расхваливая некоторые из лекарств как наиболее эффективные, находится в прямой зависимости от той или иной фармацевтической фирмы, которая оказывает врачу «спонсорскую» помощь, оплачивая последнему в качестве «ангажемента» расходы на вояжи по заграничным клиникам, фармацевтическим производствам с целью участия в конференциях, программах обучения и повышения квалификации, или производя прямые выплаты, соотносимые с объемом продаж применяемого лекарственного средства. Именно эти лекарства могут стать причиной преждевременной смерти или такой болезни, которая по сравнению с первичным заболеванием бывает еще тяжелее и ведет к еще большему уровню нетрудоспособности.

Но все-таки для большинства производителей и потребителей медицинских услуг на Дальнем Востоке России, т. е. между врачом и пациентом, были и остаются принципы доверительных отношений, но доминирует практика патернализма. Врач «исключительно в интересах пациента» принимает решения, а пациент пассивно наблюдает за изменениями, которые происходят с ним самим в процессе лечения. Больной всецело доверяется врачу, врач заботится о нем, а их взаимоотношения основываются на «слепой вере». Тем не менее, попытки некоторых врачей остаться сегодня с пациентами на уровне прежних взаимоотношений не всегда сопровождается успехом. Многие пациенты изменили свое мнение об отечественной медицине, врачах и медицинском персонале. К сожалению, отдельные медицинские работники своим поведением, отношением к профессиональным обязанностям зачастую поддерживают негативное мнение о себе.

В контексте выше указанного, следует отметить, что меняются и сами пациенты. Из данных проводимых нами социологических опросов дальневосточников и прямого общения с пациентами нам пришлось открыть неожиданные для себя вещи. Как ни странно, но большинство пациентов не могли назвать фамилию, имя и отчество лечащего врача. На вопрос: «Кто же Вас лечил?» звучал стандартный ответ: «Приходило на обход несколько врачей, за три недели лечения сменилось трое, последнего помню хорошо, такой в белом халате суровый, было видно, что он сильно торопился». Пациенты, которых оперировали в ходе лечения, лучше помнили врача, который вел их после операции, но почти ничего не могли сказать о том, кто их оперировал.

Что же относительно лечащих врачей, то картина здесь совершенно другая. Врачи, как правило, помнили большинство из своих пациентов, могли рассказать о составе семьи, месте работы, а иногда об особенностях характера больного, о ходе оперативного вмешательства, почему был применен тот или иной вариант оперативного пособия и т. п.

Мы бы не хотели драматизировать ситуацию, но, на наш взгляд, в последние годы произошло дальнейшее разделение интересов производителей медицинских услуг и их потребителей, что не улучшило, а ухудшило проблему взаимоотношений врача и пациента. Введение платных услуг в здравоохранении, наличие легального и «теневого» рынка медицинских услуг, снижение гарантий бюджетного финансирования ЛПУ – все это отрицательно отразилось на взаимоотношениях врача и пациента, снизило уровень доверительных отношений. Сегодня пациент не всегда уверен, что врач отстаивает его (пациента) интересы, особенно в случаях экспертизы временной и длительной потери трудоспособности. Не чувствуя поддержки со стороны лечащего врача в этих вопросах, пациент иногда стоит перед выбором: будучи больным, не получить освобождение от работы или усилить описание тяжести некоторых жалоб, симптомов и проявлений заболеваний и получить освобождение от работы.

Поддержка пациента означает то, что врач всегда найдет время для помощи больному в активизации его роли в лечебном процессе, как много лет назад справедливо заметил известный врач R. Seltzer: «Хирург лишь инструмент, который больной берет в руки, чтобы исцелить себя». Ошибки, совершаемые врачами в плане ограничения участия пациента в лечебном процессе, приводят к пассивному отношению последнего к лечению и затрудняют достижение хорошего результата. Можно привести массу примеров, когда пассивное поведение пациента, его минимальное участие в лечении, приводит к развитию осложнений, длительной потере трудоспособности, моральным и материальным издержкам.

С течением времени в конкретных условиях функционирования ЛПУ на Дальнем Востоке России сроки непосредственного контактного участкового врача (врача общей практики), лечащего врача в стационаре и пациента уменьшились на порядок. Пациенту зачастую приходится больше общаться с «узкими специалистами», «функционалистами» и в меньшей мере с участковым – лечащим врачом, который, выполняя роль диспетчера по обследованию и лечению, уже не находит времени для доверительной беседы с пациентом, на выражение понимания, уважения, сочувствия. Это наиболее распространенная ошибка взаимоотношений врача и пациента, потому что их налаженные взаимоотношения уже сами по себе являются целительным фактором, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств.

Причинами развития конфликтных ситуаций на почве неудовлетворенности пациентов проведенным лечением являются:

- ✓ *низкое качество оказанных медицинских услуг в результате несоблюдения стандартов диагностики патологии органов и системы до начала лечения и недостаточность контрольных мероприятий на его этапах, несоблюдения известных правил проведения врачебных манипуляций;*
- ✓ *несоблюдение деонтологических принципов, отсутствие налаженных взаимоотношений с пациентом, направленных на достижение положительных результатов, несоблюдение принципа информированного согласия пациента;*

- ✓ *недостатки в ведении медицинской документации, не позволяющей судить о полноте и структуре проведенных диагностических, лечебных, контрольных и реабилитационных мероприятий.*

Опыт разбирательств конфликтных ситуаций показывает, что одного лишь добросовестного выполнения профессиональных процедур недостаточно для решения комплексной задачи оказания медицинской помощи. Поэтому наряду с правильным выбором метода лечения, надлежащим выполнением всех необходимых профессиональных процедур следует включать в алгоритм обязательных врачебных действий организационные элементы, обеспечивающие решение основной задачи – оказание надлежащей качественной помощи пациенту с адекватным результатом. Такими элементами являются правила информирования пациента и ведения медицинской документации. Как показал наш анализ, именно их отсутствие отягощает процесс обязательного взаимодействия и взаимопонимания между лечащим врачом и пациентом, нередко становится самостоятельным источником конфликтов.

Вопрос информирования пациентов при оказании медицинской помощи является одним из наиболее разработанных в нашем законодательстве об охране здоровья граждан. Права граждан на информацию по вопросам здоровья и медицинской помощи сформулированы достаточно четко, в первую очередь это касается общих принципов информирования. Упомянутые законодательные положения непосредственно касаются клинической практики. В частности, иногда возникают вопросы об информировании пациента о новых сведениях, касающихся альтернативных технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, тех или иных свойств расходных материалов и медицинской техники.

Анализ экспертной информации показывает, что врачами ЛПУ ДФО не всегда соблюдаются следующие принципы и цели ведения медицинской документации:

- ✓ *документирование проведенных исследований и их результатов – подтверждение полноценной диагностики;*
- ✓ *в документирование всех манипуляций, назначений, этапов лечения, промежуточных осмотров и пр. – подтверждение выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур;*
- ✓ *в документирование информирования пациента – подтверждение проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнений.*

Как бы нам ни хотелось сохранить романтические представления о профессии врача как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать рыночные реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность показывает, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т. п.) в системе рыночных координат новой экономической модели развития российского общества. Сегодня общество интересуется ответами на два вопроса:

- ✓ *«Каким образом в условиях рынка может сочетаться гуманность, бескорыстие, альтруизм медицинских работников с понятиями спрос, предложение, ценообразование, прибыль?»;*
- ✓ *«Изменилось ли отношение медицинских работников и населения (общества) за годы политических, социальных и экономических реформ последних лет».*

В среде медицинских работников все чаще высказывается мнение о том, что их взаимоотношения с обществом, населением и отдельными пациентами за последние годы изменились, причем в худшую сторону. Во взаимоотношения врач – пациент стали постепенно внедряться и доминировать понятия «доступность медицинской помощи», «стоимость услуг», «легальный и теневой рынок медицинских услуг» и т. п., что отодвинуло на второе место этические принципы.

Полагая, что рассматривая проблемы безопасности медицинской помощи дальневосточникам, было бы неправильным трактовать их с точки зрения «врачебных ошибок», поскольку определенный вклад в формирование уровня негативных последствий оказания медицинской помощи вносят «несчастные случаи» и «профессиональные преступления медицинских работников».

Несчастные случаи при оказании медицинской помощи по своему происхождению существенно отличаются от врачебных ошибок, поскольку не зависят от каких либо действий или бездействий врача. Но разбираются они в рамках проведения различных экспертиз до установления сущности дефекта как врачебные ошибки. Под несчастным случаем в медицинской практике понимают неблагоприятный исход лечения больного в результате случайного стечения обстоятельств. Такие исходы чаще всего связаны с индивидуальной повышенной чувствительностью к некоторым лечебным препаратам или возникают при проведении различных диагностических манипуляций, т. е. их нельзя предусмотреть при самом добросовестном отношении медицинского персонала к своим служебным обязанностям. Большинство специалистов использует понятие «несчастный случай» в ситуациях, когда неблагоприятный исход заболевания связан со случайными обстоятельствами, «непреодолимой силой», т. е. этот исход врач не может заранее предвидеть и предотвратить.

К несчастным случаям относятся:

- ✓ *непредвиденные осложнения или наступление смерти вследствие аллергических или токсических реакций при применении лекарственных веществ или профилактической вакцинации, которые выполнены в соответствии с инструкциями;*
- ✓ *внезапная смерть перед или во время операции от психического или эмоционального шока;*
- ✓ *послеоперационные осложнения (воздушная эмболия или кровотечение);*
- ✓ *рефлекторная остановка сердца во время проведения манипуляции (ангиография, пиелография, ФГДС, катетеризация сердца и др.).*

Мы полагаем, что этот перечень может быть достаточно длинным, поскольку некоторые несчастные случаи в медицине до того, как они произошли, даже представить себе очень сложно. Каждый несчастный случай когда-либо

происходит впервые, как отражение стечения случайных обстоятельств. Таким образом, следует признать, что в медицине встречаются несчастные случаи (казусы) в виде различных осложнений, которые невозможно предвидеть и предотвратить.

Врачи одними из первых поняли опасность своей профессиональной деятельности для жизни и здоровья людей. Уже в IV в. до н. э. в клятве Гиппократов содержалось обещание врача: "... буду оберегать больных от всего вредного и непригодного для них". Около 2 тыс. лет назад это стало принципом лечения: "Primum non nocere" (Прежде всего не навреди), "Nihil nocere" (Ни в коем случае не навреди), что было воспринято как первейшая заповедь врача. В последующем заболевания, связанные с оказанием медицинской помощи, стали называть ятрогении — болезни, имеющие врачебное происхождение. Нам представляется, что наиболее полно все многообразие ятрогении отражает следующее определение: ятрогении — это все болезни и травмы, которые возникают у пациентов и медицинских работников в результате оказания любых видов медицинской помощи. Полагаем, что следует согласиться с мнением А.П. Красильникова, считавшим главным в построении классификационных схем ятрогении наличие причинного фактора.⁴⁴ Исходя из этого ятрогении следует разделить на 5 групп:

- ✓ психогенные,
- ✓ лекарственные,
- ✓ травматические,
- ✓ инфекционные,
- ✓ смешанные.

Прогресс медицинской науки и техники, расширение и усовершенствование технологий производства медицинских услуг, введение в широкую медицинскую практику новых высокоактивных лекарственных средств и вакцин, с одной стороны, обеспечили более короткие сроки и большую полноту выздоровления больных, снизили инвалидизацию и госпитальную летальность. С другой стороны, параллельно с этим росли, как степень опасности медицинской помощи и число ятрогенных болезней, так и смертность от них. Современная медицина подошла к такому рубежу, когда, по выражению Х.Б. Вуори, любое обращение к врачу несет не только благо, но и риск потери здоровья и даже жизни.

Практикующим врачам в условиях рыночных преобразований следует помнить, что объектом подобной экспертизы являются материалы дела и, прежде всего, медицинская карта — важный юридический документ, источник доказательств по делу. Защитой врача от необоснованных обвинений является также его правовая грамотность, знание основ медицинского законодательства и, как это ни парадоксально, отдельных статей уголовного кодекса.

«Незнание закона не освобождает от ответственности» — гласит один из основных и наиболее известных всем постулатов права. Но все ли сегодня делается в субъектах РФ ДФО, чтобы законы знали не только все руководители

⁴⁴ Красильников А. П., Кондрусев А. И. Проблема безопасности медицинской помощи // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. — Каунас, 1987. — . 94.

ЛПУ, но и их коллеги и подчиненные – врачи, средний медицинский персонал? Как показывает изучение уголовных дел по обвинению медицинских работников в совершении профессиональных правонарушений – ненадлежащем оказании помощи больному – многие процессы закончились обвинительным приговором. И в подавляющем большинстве случаев одним из важнейших обстоятельств, способствовавших совершению деяния, являлось элементарное незнание обвиняемым основных правовых норм, регулирующих профессиональную медицинскую деятельность, в том числе статей уголовного законодательства РФ, прямо адресованных медицинскому персоналу.

Профессиональные преступления при оказании медицинской помощи явление, отнюдь не редкое для здравоохранения Дальнего Востока России. В отличие от врачебной ошибки и несчастного случая в некоторых вариантах оказания медицинской помощи ненадлежащего качества в действиях медицинских работников могут присутствовать признаки легкомыслия, недобросовестности и профессиональной небрежности, вот эти-то случаи и должны рассматриваться с точки зрения наличия признаков возможного преступления.

По нашему мнению, достаточно полную характеристику преступлению в сфере медицинского обслуживания дал еще в 1990 году В.А. Глушков: «Под преступлением в сфере медицинского обслуживания следует понимать умышленное или неосторожное, противоправное, общественно опасное деяние, которое совершается медицинским работником в нарушение служебных или профессиональных обязанностей, причинивших или могущих причинить существенный вред интересам социалистического государства в сфере охраны здоровья населения, здоровью отдельных граждан».⁴⁵

По вопросу значимости проблемы причинения вреда здоровью пациентам действиями медицинских работников существует наглядная иллюстрация, которая основывается на том, что ежегодно в России только в процессе оказания стационарной помощи более 150 тыс. пациентам наносится вред здоровью или жизни. Общемировая же статистика свидетельствует, что причиной примерно одной четверти серьезных медицинских ошибок является профессиональная небрежность.

Что касается выполнения медицинским персоналом ЛПУ Дальнего Востока России стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, то именно здесь и совершается значительное число ошибок и преступлений. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность нанесения ущерба здоровью пациента многократно повышается при том или ином отклонении от стандартной технологии. Примером такого отклонения могут служить материалы следующей вневедомственной экспертизы КМП.

Анна К., 14 лет, поступила в родильный дом с диагнозом: первые нормальные срочные роды у юной первородящей. Через 4 часа пациентка родила живого доношенного здорового ребенка. В послеродовом периоде у нее разви-

⁴⁵ Глушков В.А. Проблема уголовной ответственности за общественно опасные деяния в сфере медицинского обслуживания. Дисс. на соискание ученой степени доктора юридических наук (Специальность 12.00.08.) Киев, 1990. – С. 39.

лось позднее послеродовое кровотечение, произведено ручное обследование полости матки, которое пациентка перенесла удовлетворительно. Учитывая наличие постгеморрагической анемии, дежурный врач решил перелить 300 мл эритромаcсы. Состояние больной перед переливанием оценено как среднетяжелое. В этот же день в 16 час. 45 мин. перелито 330 мл эритромаcсы В (III), Rh положительной, а в 19 час. 30 мин. появились признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Поставлен диагноз: гемотрансфузионный шок, проведено повторное определение группы крови пациентки врачом-анестезиологом: А (II) Rh положительная. Больная переведена в реанимационное отделение многопрофильной больницы, но на следующий день на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и почечной недостаточности наступил летальный исход.

Проведенная вневедомственная экспертиза КМП установила, что врач-акушер-гинеколог при поступлении пациентки ошибся в определении группы крови и зафиксировал это в журнале В (III) Rh положительная, а дежурный врач в нарушение стандартной инструкции не определил группу крови перед гемотрансфузией и не провел пробы на индивидуальную совместимость. Результатом врачебных ошибок, т.е. нарушения стандарта переливания крови стала гибель молодой матери.

Аналогичные деяния, опасные для жизни пациентов могут совершаться другим медицинским персоналом ЛПУ, например, при проведении манипуляций по уходу. Особенно тяжелы последствия ошибок среднего медицинского персонала в детских ЛПУ и родильных домах. Приводим данные служебного расследования подобных случаев.

Марина С., 2,5 года, была госпитализирована в хирургическое отделение детской краевой больницы с диагнозом: хроническое неспецифическое заболевание легких, бронхообструктивный синдром. Проводилось бронхологическое обследование, антибактериальная и антиспастическая терапия. По показаниям пациентке проведена катетеризация подключичной вены справа по Сельдингеру. В течение недели в катетер дважды в день вводились лекарственные препараты, проводились капельные вливания растворов, уход за катетером осуществляла медицинская сестра реанимационно-анестезиологического отделения ЛПУ.

При очередной процедуре ухода за катетером появилась необходимость смены пластыря, которым катетер фиксировался к коже подключичной области пациентки. Подрезая ножницами пластырь, медсестра пересекла катетер и оставшаяся его часть мигрировала по ходу сосудов в правое предсердие.

Таким образом, в результате ошибки медицинской сестры у пациентки возникло новое патологическое состояние: инородное тело (остаток полиэтиленового катетера) в полости правого предсердия. Через 9 месяцев в кардиохирургическом центре проведена операция по удалению инородного тела, исход операции успешный. По этому случаю было возбуждено уголовное дело.

Следует отметить, что уголовная ответственность врачей и иного персонала медицинских организаций за совершение профессиональных преступле-

ний в последние годы приобретает остроту. В связи с этим значимость изучения вопросов уголовно-правовой ответственности медицинских работников становится актуальной и сложной проблемой.

Главная и самая трудная задача, которую должен решить пострадавший пациент в судебном разбирательстве, – это бремя доказывания того, что небрежность врача стала причиной нанесенного ущерба. Истец должен доказать не то, что врач не смог его вылечить от недуга, а то, что при лечении он существенным образом отклонился от общепринятых норм, что негативным образом повлияло на состояние здоровья истца. Как правило, задача эта весьма трудно-выполнимая. Судебная практика в субъектах РФ ДФО показывает, что пациенту, пытающемуся добиться успеха в процессе против врача (ЛПУ), придется столкнуться с гораздо большими трудностями, чем при участии в любом ином судебном процессе о причинении вреда.

Но если официальной медициной проблема доступности профессиональных преступлений медицинских работников замалчивается, то в СМИ Дальнего Востока России «вал публикаций» по данной проблеме нарастает. Чего стоят только одни анонсы таких публикаций (рис. 70).

The image shows the front page of the newspaper "Kamchatka Time" (Камчатское время) from October 17, 2012. The main headline is "Адская медицина" (Hellish medicine) with a sub-headline "ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ!". The page features a table of contents on the left, a photo of a medical professional in the center, and various news snippets and advertisements. The newspaper is published by the Kamchatka Regional Public Administration.

Газета «Камчатское время» №41 (917) от 17 октября 2012 г.

Нынешней осенью газета «Камчатское время» неоднократно поднимала вопрос о городском кладбище Петропавловска-Камчатского...

Но есть и другая, очень близкая к кладбищенской, проблема - наша медицина.

Старые больницы, старые врачи, старые больные и устаревшая система здравоохранения. Есть ли свет в конце этого вечного мучения, или остается ждать его в последнем, предсмертном тоннеле? «Портал в ад!» Так один мой знакомый называет учреждения, работа которых строится на обслуживании населения. Всего он отмечает три таких портала: это налоговая, паспортный стол и поликлиника...

Рис. 70. Независимая характеристика здравоохранения Камчатского края в СМИ

Как итоги двухлетней модернизации здравоохранения Камчатского края следует расценивать цитату: «Аппарат МРТ (магнитно-резонансная томография) для камчатских жителей стал оборудованием из разряда недостижимых.

Очередь на несколько недель вперед. В Петропавловске-Камчатском люди отдают десятки тысяч рублей за обследование. Например, голова и шея стоит 8 тыс. руб. Бесплатных услуг нет. А если обследование необходимо умственно отсталому пациенту, это переходит в разряд научно-популярной фантастики. Давайте будем честными, уважаемые чиновники от медицины, и признаемся: плохо у нас на Камчатке работает система здравоохранения! Недоступная она у нас, некачественная. Полисы не работают как надо, врачи не работают как надо, поликлиника в центре города такая, что находиться там до отвращения неприятно из-за оголенных проводов, диких очередей, темных коридоров, дыр в потолке первого этажа... Реальный портал в ад!»⁴⁶

Аналогичные сообщения можно встретить во всех региональных СМИ:

- ✓ *Хабаровск, 20 апреля, AmurMedia. Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт разберется в смерти младенца. Как ранее сообщало РИА AmurMedia, на острове Большой Уссурийский не дождавшись помощи врачей умерла пятимесячная девочка. Возбуждено уголовное дело...*
- ✓ *Хабаровск, 22 ноября, РИА Новости. Прокуратура Железнодорожного района Хабаровска направила в суд уголовное дело в отношении врача больницы, которая обвиняется в том, что перелила пациентке кровь несовместимой группы, из-за чего та скончалась, сообщает краевая прокуратура.*
- ✓ *Владивосток, Июнь 08 (Новый Регион, Дарья Неклюдова) – Медработник во Владивостоке на 12 часов забыла пациента в барокамере, сообщил главный врач городской клинической больницы № 2 Вячеслав Глушко...*
- ✓ *24 Февраля 2012 г. Комсомольская правда. Виктору Т., бывшему пациенту урологического отделения Владивостокской городской больницы №2, широко известной «тысячечечной», удалось, казалось бы, невозможное... Во-первых, Т. доказал в суде ошибку врачей, и суд решил, что лечебное учреждение обязано выплатить ему 1 миллион рублей... После «лечения», сделавшего его пожизненным инвалидом, Т. ходил по инстанциям, писал, добивался, судился почти четыре года.*
- ✓ *Биробиджан, 12 ноября, ЕАОmedia. Два уголовных дела в отношении медицинских работников расследовалось в следственном управлении Следственного комитета РФ по ЕАО. Врачи обвинялись в причинении смерти по неосторожности. Одно уголовное дело прекращено в связи с истечением сроков давности, другое – находится на рассмотрении в суде, сообщил в интервью корр. РИА ЕАОmedia руководитель следственного управления СК России по ЕАО генерал-майор юстиции Александр Бачурин.*
- ✓ *На Сахалине возбуждено дело против санитарки, обдавшей младенца кипятком. Южно-Сахалинск, 24 октября. Уволенная санитарка сахалинского «Дома ребенка», стала фигуранткой уголовного дела. Она обдала*

⁴⁶ Ольга Воронкова. «Камчатское время», №41, 17.10.12.

ребенка кипятком, а затем пыталась скрыть произошедшее и оставила ребенка без помощи медиков.

- ✓ Южно-Сахалинск, 22 августа. На Сахалине возбуждено уголовное дело в отношении медиков, по вине которых трехлетний ребенок впал в кому, из которой его пока безуспешно пытаются вывести японские врачи. Дело расследуется по ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).
- ✓ В Приамурье возбуждено уголовное дело по факту массового заболевания корью жителей Благовещенска. Под следствием оказались сотрудники областного государственного учреждения «Амурская областная инфекционная больница», которые, как оказалось, поставили своим пациентам неверный диагноз, что привело к вспышке совершенно другого заболевания. В результате число пострадавших составило 15 человек, все они являлись пациентами одной и той же больницы. Прокуратура направила материалы проверки в следственное управление, которое на днях возбудило уголовное дело по статье нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание. Ситуацию взял под личный контроль прокурор Благовещенска (Татьяна Александрова, Амурская область. Опубликовано на сайте rg.ru 15 июля 2010 г.).

Дальневосточники постепенно привыкают к объему негативной информации о региональном здравоохранении, но надежда на позитивные изменения пока их не оставляют. И все же каждый случай гибели пациента или причинения ему тяжкого увечья, обусловленный обстоятельствами субъективного характера, профессионального правонарушения (неоказания или ненадлежащего оказания помощи больному) должен расцениваться как чрезвычайное происшествие. Сознательно веряя врачу самое дорогое, что дано Богом и Природой – жизнь и здоровье, каждый человек вправе быть уверенным, что они находятся в надежных и добрых руках.⁴⁷

Таким образом, причинение вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи дальневосточникам – объективная реальность, связанная со стремительным развитием науки и техники, созданием новых мощных фармакопрепаратов, совершенствованием медицинских технологий, массовым характером медицинских услуг и клинических испытаний их новых вариантов. Однако, ни частота случайного причинения вреда, ни статистика случаев профессиональной небрежности в отечественном, а уж тем более в региональном здравоохранении пока не подлежат официальному учету. Подобная позиция системы здравоохранения имеет чисто идеологические основания, но никак не заботу о спокойствии пациента, чем иногда пытаются оправдать отказ от обсуждения этих фактов региональные чиновники.

⁴⁷ Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва, 2001 г., с. 5.

Классическая конструкция примерно такова «...граждане России не должны сомневаться в том, что именно наше здравоохранение – самое безопасное. Оно в процессе своей работы не может причинить вред пациенту. Те же, кто стремятся публично обсуждать эти вопросы, наносят удар по самому святому - по доверию пациента к врачу». Существенным фактором является экономическая выгода замалчивания этой проблемы. Значительно дешевле платить человеку минимальную пенсию по инвалидности, чем возмещать ему вред в полном объеме, предусмотренном Гражданским Кодексом.

Справедливости ради следует отметить, что весьма редко, даже при наличии достаточной доказательной базы суды ДФО принимают однозначные решения по «медицинским» делам. По мнению доктора медицины и доктора права В.Н. Флоря «Поражение Фемиды в борьбе с врачебными преступлениями имеет много причин. Наиболее существенные из них, заключается в том, что по делам о врачебных преступлениях следователь и судмедэксперт на место происшествия не выезжают, медицинская документация не изымается, подозреваемым врачам никогда не избирается мера пресечения в виде заключения под стражу. Все подозреваемые остаются на свободе, активно мешают следствию в установлении объективной истины по делу и, в конце концов, успешно добиваются своего оправдания».⁴⁸

Открытость обсуждения случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи населению процесс достаточно сложный, поскольку довольно часто подход средств массовой информации к освещению ошибок при оказании медицинской помощи достаточно прямолинейный: они освящают все индивидуальные сведения, которые им удастся получить в отношении медицинского персонала, совершившего ошибку. Анонимность не очень хорошо воспринимается в обществе, основанном на принципах свободы слова, демократии и соблюдения прав человека. Однако предметом озабоченности региональных органов здравоохранения является опасность того, что резкие негативные выступления в прессе по поводу даже единичного случая ошибки, ставшего достоянием гласности, могут разрушить профессиональную карьеру конкретных работников.

Более рациональный подход заключается в том, чтобы без спешки разобратся в происшедшем, взвесить относительное значение личных и системных факторов, приведших к ошибке, и только после этого сделать выводы и принять решения. Все это более трудно осуществить в обстановке общественных эмоций и давления со стороны СМИ, хотя порой именно эти факторы являются толчком к необходимым изменениям.

Поэтому в каждой стране руководители, отвечающие за вопросы безопасности пациентов, должны на основании местных условий устанавливать конкретные правила о том, в каких случаях, каким образом и в каких целях следует открыто называть имена соответствующих медицинских работников. Экс-

⁴⁸ Флоря В.Н. Уголовная ответственность за врачебные преступления. — Кишинев. Изд. «РЕКЛАМА», 2004. — 160 с.

перты ЕРБ ВОЗ высказывают некоторые соображения по этому поводу, которые приведены ниже.

- ✓ *Анализируя тысячи поступающих сообщений, самая главная задача – определить, имеет ли место порочная тенденция, серьезная повторяющаяся практика совершения аналогичных ошибок.*
- ✓ *Если источником определенных типовых ошибок явно служат системные дефекты, исправление их является более важным приоритетом, чем предание гласности имен соответствующих сотрудников.*
- ✓ *Если, однако, обнаружена индивидуальная порочная практика, свойственная конкретному сотруднику, может быть необходимо открытое персональное рассмотрение для создания прецедента и принятия необходимых мер.*
- ✓ *На местном уровне, при первичном выявлении ошибки анонимность соблюдать нет оснований, поскольку необходимо провести расследование, в наиболее острых случаях – по требованию пациента или общественности.*
- ✓ *На национальном уровне известная степень анонимности способствует более объективному анализу проблемы. Однако это не означает полной конфиденциальности и невозможности получить индивидуальные сведения, если в этом возникает необходимость.*

Многие ошибки и неблагоприятные последствия при оказании медицинской помощи в региональных ЛПУ просто не регистрируются. Поэтому существует проблема формирования уровня ответственности производителя медицинских услуг перед пациентом. Медицинские работники неохотно сообщают о неудачах и ошибках, потому что опасаются обвинений и наказаний. С одной стороны, важно создать стимулы для того, чтобы работники ЛПУ не утаивали ошибки, а с другой стороны, если была совершена ошибка, допустивший ее сотрудник и весь коллектив, имеющий к ней отношение, должны открыто признать ее и извлечь полезные уроки.

Наложение штрафных санкций, проведение проверок по признакам наличия нарушения законодательства РФ, возбуждение уголовных дел не должно подрывать позитивное отношение работника к системе и рождать желание утаивать допущенные ошибки. Данный вопрос перекликается с обсужденной выше темой сохранения анонимности. Скандальные обличения и публичные объявления о наложенных суровых взысканиях неизбежно подрывают репутацию всей службы здравоохранения, особенно в провинции.

Представители медицинских профессий – это основная движущая сила, способная изменить профессиональную культуру в отношении неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи. По опыту ряда стран известно, что реальные сдвиги наблюдались только в тех ситуациях, когда медицинские работники начинали проявлять серьезный интерес к данным вопросам. Для реального вовлечения медицинских работников в решение проблем безопасности им нужна поддержка, стимулы и эффективное направляющее движение по реализации современных технологий управления качеством производства медицинских услуг.

Невидимая рука рынка уже более двух десятилетий душил Дальний Восток России.

Обыватель

Глава 9

Рынки здравоохранения Дальнего Востока России

В начале XXI века, когда начали весьма интенсивно эксплуатироваться рентные возможности по экспорту сырья из России на внешние рынки, появилась возможность оценки объема виртуального богатства государства. Причем это богатство долгое время направо и налево реализовывалось, формируя поток нефтедолларов, который, к сожалению, не дал толчка к перевооружению предприятий реального сектора экономики, образования и здравоохранения. Для того, чтобы все время сохранять и наращивать этот поток, нужно, чтобы рынки, на которых реализуется эта продукция, все время расширялись. Потому что цены на углеводородное сырье не могут расти до бесконечности, следовательно, остается только одна реальная возможность удерживать стабильное состояние государства – постоянно увеличивать физический поток объема углеводородного сырья.

Основным потребителем российского углеводородного сырья до последнего времени являлись страны Евросоюза. Но этот рынок сложен, имеет значительное число конкурентов, весьма насыщен по объемам, следовательно, на нем большого прироста объемов реализации нефтепродуктов получить малоперспективно. Кроме того, существуют реальные сложности с приростом запасов углеводородного сырья в европейской части страны и Западной Сибири. Сегодня становится ясным, что основные перспективные запасы нефти и газа сосредоточены на Крайнем Севере, в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке России.

Именно здесь и сформировался новый стратегический рынок, основными игроками на нем являются бурно растущие экономики стран Восточной Азии. Что же относительно России, то прирост запасов углеводородного сырья может обеспечить в основном восточный фланг страны – Иркутская область, Республика Саха (Якутия), Сахалинская область и, возможно, в ближайшей перспективе Охотоморский шельф. Для освоения этих богатств потребуются значительные трудовые ресурсы, которых в настоящее время в регионе просто нет.

Рыночные изменения в отрасли здравоохранения Дальнего Востока России в реальном временном периоде следует рассматривать в контексте стратегии развития региона. Многочисленные высказывания Президента РФ В.В. Путина по его развитию заставили обратиться к новейшей истории формирования позиций власти о будущем восточных регионов России. Еще летом 2002 года в Благовещенске на совещании по развитию Дальнего Востока России он был поражен неблагоприятной демографической ситуацией и высказал опасение о

том, что, если ситуация будет подобным образом продолжаться, то на российском Дальнем Востоке может не оказаться людей, разговаривающих на русском языке... В 2009 году была принята стратегия развития Дальнего Востока и Байкальского региона, главной целью которой стала позиция закрепления постоянного населения на восточных территориях Российского государства.

Вполне естественно, что в рамках реализации этой стратегии рассматривается вопрос об опережающем экономическом развитии территории. В этой связи следует иметь в виду, что рост 7-8 % валового регионального продукта в год для субъектов РФ ДФО будет недостаточно, поскольку уровень отсталости экономики этой провинции России от сопредельных территорий КНР весьма значителен. Следовательно, необходимо ставить задачу не удвоения, а утроения валового регионального продукта. Это можно сделать за счет реализации высокоэффективных проектов ресурсодобычи.

По оценкам региональных экономистов, Дальневосточный федеральный округ уже сегодня зарабатывает в целом больше, чем тратит. Поэтому, если стремиться к сиюминутной отдаче, необходимо заниматься освоением нефтегазовых месторождений Сахалина, Татарского пролива, Магаданского шельфа и других богатых углеводородами участков дальневосточных территорий. Однако главным препятствием экономического роста региона была и остается проблема формирования собственных трудовых ресурсов, основанная на количественном и качественном дефиците человеческого потенциала. И это снова возвращает управляющие структуры региона к главной проблеме Дальнего Востока – демографии, играющей определяющую роль в судьбе субъектов РФ ДФО. Поэтому для начала необходимо в самые короткие сроки добиться прекращения оттока населения.

Сегодня, в силу определенных рыночных обстоятельств, уровень жизни дальневосточников ниже, чем в среднем по стране. Связано это с более высокими ценами практически на все группы промышленных и продовольственных товаров. Низкое качество жизни большинства дальневосточников связано с неразвитостью и малодоступностью услуг социальной сферы, в частности здравоохранения. Ограничена свобода передвижений из-за несоответствия тарифов транспортных пассажирских перевозок доходам большинства дальневосточников. Все эти негативные факторы подталкивают молодых, перспективных специалистов, способных найти себе хорошую работу в любом месте, к переезду в центральные регионы России.

9.1. Предпосылки формирования рыночных отношений в здравоохранении

В здравоохранении, как и любой другой области деятельности человека, может быть выделено две стороны. Одна – профессиональная, которая составляет социальный аспект медицинской деятельности, другая – экономическая, которая предполагает определенный круг производственных и хозяйственных отношений между производителем медицинских услуг (медицинским работни-

ком) и их потребителем (пациентом). Сегодня нет такой сферы применения способностей человека, которая не требовала бы наличия определенных профессиональных навыков или в которой отсутствовало бы содержание. Именно медицинской деятельности присущ высокий уровень нравственных аспектов и обязательств в сочетании с чисто рыночными подходами регулирования. При этом производители (ЛПУ) представлены теми хозяйственными формами, в ограниченных объективных рамках которых неизбежно совершается производство и реализация медицинских услуг.

Сегодня не существует такого вида профессиональной деятельности, которая бы содержательно осуществлялась в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы в условиях рыночных отношений. В действии рыночных механизмов на формирование современных экономических процессов, протекающих в здравоохранении в рамках обобщения известных фактов и тенденций, отражающих существо рассматриваемой проблемы, следует выделить ряд обстоятельств.

Во-первых, рынок коммерциализирует дело охраны здоровья в целом, а также отношение каждого человека к своему здоровью. Это приводит к смене парадигмы здравоохранения, формированию качественно других типов экономического мышления, стилей практического хозяйственного поведения субъектов отрасли.

Во-вторых, и это является важнейшим следствием коммерциализации, происходит быстро возрастающее изменение объема платных и возмездных услуг здравоохранения, оказываемых населению.

В-третьих, осуществляется фактическое изменение экономического статуса медицинского учреждения. При этом медицинское лечебно-профилактическое учреждение все более отчетливо приобретает экономические черты услуги-производящего предприятия.

В-четвертых, изменения в статусе медицинского учреждения приводят к изменению характера экономических связей, которые возникают в их деятельности (экономический агент).

В-пятых, возникает чрезвычайное многообразие форм собственности и видов хозяйствования в здравоохранении, которое является одновременно и условием, и следствием развития рынка.

В-шестых, как результат осуществления экономической деятельности в разнообразных хозяйственных формах, под воздействием рынка в широком диапазоне видоизменяется и экономическое положение самого работника здравоохранения.

Таковы основные изменения, приносимые в экономическую деятельность в области здравоохранения в современных условиях, что влияет на определение целей и задач экономики здравоохранения в современных условиях. К общей цели организации здравоохранения можно отнести регулирование экономических и организационных отношений, объективно складывающихся между людьми и возникающих в процессе осуществления медицинской профессио-

нальной деятельности. При этом необходимо отметить, что данные отношения неизбежно формируются в двух плоскостях.

Первая плоскость – это организационно-экономические отношения. Их характер определяется технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражает те общие черты, которые имеет вся совокупность медицинских учреждений данного типа (все стационары, все поликлиники, все диагностические центры, и пр.)

Вторая плоскость – это социально-экономические отношения. Посредством их реализации формируются специфические, своеобразные черты хозяйственной деятельности медицинских учреждений, функционирующих в различных условиях (государственные, частные, кооперативные, акционерные и др.).

Обе эти группы тесно взаимосвязаны. Анализ их взаимоотношений позволяет, например, выбрать оптимальную хозяйственно-правовую модель предпринимательской деятельности в отрасли охраны здоровья населения региона. Кроме того, следует учесть, что экономические отношения возникают на трех крупных информационных уровнях.

На микроэкономическом уровне они охватывают деятельность каждого индивидуума, отдельных участков, звеньев и структур производства медицинских услуг. Главный микроэкономический элемент здравоохранения ДФО – это лечебно-профилактическое учреждение, по своей сути выступающее как своеобразное предприятие по производству медицинских услуг. Что же относительно частнопрактикующего врача, то он, по сути дела, воплощает, персонифицирует целое медицинское учреждение, выступая попеременно в качестве основного персонала, менеджера, обслуживающего работника и т. п., если, конечно, речь не идет об использовании наемной рабочей силы.

В рамках региональной экономики в целом, и прежде всего в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением, а таких отраслей насчитывается несколько десятков (медицинская промышленность, фармацевтическая промышленность, приборостроение и т. п.), складываются макроэкономические отношения. В современных условиях интегрирования многих видов лечебно-профилактической деятельности на интернациональном уровне макроэкономические отношения выходят в сферу наднационального хозяйства, т. е. функционирования рынка здравоохранения в мировом масштабе.

Одним из элементов рынка общественного здоровья является рынок медицинских услуг. Функционирование системы здравоохранения в условиях рыночных отношений обуславливается необходимостью применения экономических законов в деятельности медицинских учреждений. Рынок медицинских услуг функционирует при взаимодействии трех основных параметров – спроса, предложения и цены. Главным фактором, определяющим величину спроса и предложения на платные медицинские услуги, является цена. Определяющий момент в потребностях медицинских услуг – нужда индивидуума в сохранении и приумножении состояния своего здоровья. Нужда медицинская – осознанное либо осязаемое чувство «нехватки здоровья». Другими словами, нужда медицинская – нехватка состояния нормы, нехватка индивидуального физического и

духовного благополучия, нехватка жизни, нехватка физической и психической свободы, а медицинский спрос – экономический эквивалент возможности удовлетворения потребности в медицинской услуге.¹ При этом медицинская потребность – объективная необходимость пациента в медицинской услуге. Спрос – количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период по определенной цене, т. е. платежеспособная потребность в медицинских услугах. Спрос на услуги при прочих равных условиях изменяется в обратной зависимости от цены. Снижение цены на медицинские услуги побуждает покупателя приобрести в большем количестве подешевевшие услуги (эффект дохода), особенно, если некоторые из них являются заменителями почти аналогичных, но более дорогих услуг (эффект замещения).²

Спрос на конкретную медицинскую услугу различен и зависит от личности пациента и его платежеспособности. Объективное расслоение общества по степени благосостояния породило медицинские учреждения разных форм собственности, которые оказывают услуги контингентам определенной социальной группы. Процесс классификации потребителей по группам с различными нуждами и потребностями, характеристиками или поведением принято называть сегментацией рынка медицинских услуг.³ Разделение рынка медицинских услуг на сегменты в определенной степени может характеризовать потребителей медицинских услуг в данном сегменте в соответствии с их состоянием здоровья.

Сопоставление объема спроса и предложений на рынке медицинских услуг позволяет выделить следующие сегменты.

- ✓ *Профилактический сегмент рынка медицинских услуг – рынок, на котором преобладает спрос и предложение на профилактические медицинские услуги. Потребителей на этом рынке характеризует высокая степень качества жизни и желание изменения этой степени в сторону увеличения.*
- ✓ *Лечебный сегмент рынка медицинских услуг – рынок, в котором преобладают потребность, спрос и предложение на лечебно-диагностические медицинские услуги. Доля потребности и предложений в медицинской помощи высока. Такой рынок соотносится с заболеваемостью населения и подлежит специфической сегментации.*
- ✓ *Социальный сегмент рынка медицинских услуг – рынок, где предложение медико-социальных услуг направлено на поддержание таких состояний потребителей медицинских услуг, при которых объективно не удается их изменение в сторону повышения качества жизни.*

Современный период развития России характеризуется значительным возрастанием социальной и экономической значимости общественного здоровья, которое во все более возрастающей степени становится интегрированным

¹ Тогунов И.А. Теория управления рынком медицинских услуг: Владимир, 2007. 264 с.

² Экономика и управление здравоохранением : учебник / Л.Ю. Трушкина [и др.]. 4-е изд. Ростовн/Д, 2005; Экономика здравоохранения / Г. М. Перфильева [и др.]; под ред. И.Н. Денисова. М., 2004.

³ Мисюлин С.С. Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения // Вестн. Росздравнадзора. 2009.

показателем эффективности государства и власти. Все более актуальными становятся вопросы эффективной организации охраны здоровья граждан. Развитие рынка медицинских услуг позволило активизировать предпринимательскую деятельность медицинских учреждений, что привело к появлению между ними конкуренции и увеличению объема платных медицинских услуг.

В конце XX века реформирование национальных систем здравоохранения явилось характерной чертой их развития в подавляющем большинстве стран. То, что подобное реформирование начиналось с разных стартовых позиций, определило принципиальное различие проводимых реформ. В развитых странах их основным ориентиром стало сокращение расходов на медицинское обслуживание населения на фоне отсутствия значительных институциональных трансформаций. В постсоциалистических странах процессы реформирования ориентировались на увеличение объемов финансирования национального здравоохранения, привлечение к финансированию негосударственных источников, разделение функций, связанных с производством, распределением и потреблением медицинской помощи, структурные преобразования, ликвидацию монополии государственной собственности, увеличение управляемости системы. Как показывают результаты реформ, в большинстве стран на фоне некоторых улучшений, происходящих в системе, декларируемые изначально цели в полной мере достигнуты не были. В подобном отношении исключением не явилась и Россия.

На этапе начала реформ отечественного здравоохранения финансирование системы было практически в 2 раза ниже уровня, необходимого для ее простого воспроизводства. Государство единолично выступало в роли производителя и покупателя медицинской помощи, оно же осуществляло контроль над конечными результатами деятельности системы охраны здоровья и управляло ее развитием. При этом не были разделены функции финансирования, производства, распределения медицинских услуг, контроля их качества. Отсутствовало само понятие конкуренции производителей и покупателей медицинской помощи. Как следствие, поступающие в систему ресурсы использовались и продолжают использоваться неэффективно.

Более 20-ти лет назад была принята стратегия отхода от монополии государственной собственности, введения элементов рыночной организации, практики многоканального финансирования ЛПУ, разделения функций производителя и покупателя медицинской помощи. Кроме того, был продекларирован курс на повышение управляемости системы здравоохранения. Последовавший ход реформ показал, что далеко не все из провозглашенных целей были реализованы. До последнего времени финансирование системы со стороны государства в сопоставимых цифрах не намного превышало уровень, с которого начинались реформы. Переход к системе ОМС оказался не столь результативным, как это предполагалось. В результате, перевод части финансовых средств в систему ОМС произошел на фоне сокращения бюджетного финансирования отрасли. В результате этого по-прежнему существует серьезный разрыв между объемом декларируемых социальных гарантий государства в области медицин-

ского обслуживания населения по программе государственных гарантий и финансовым обеспечением этих гарантий. Финансовые ресурсы здравоохранения всегда ограничены, как и все ресурсы вообще. Таким образом, возникает проблема ресурсной обеспеченности имеющегося потенциала и его эффективного использования.

По доле общественных расходов на здравоохранение в ВВП Россия уступает странам как с более высоким уровнем ВВП на душу населения, так и с близким к российскому и даже более низким его уровнем. Доля расходов в ВВП 1998 г. – 3,4 %; 1999 г. – 2,9 %; 2000 г. – 2,8 %; 2001 г. – 2,6 %.⁴ В последующие годы уровень финансирования отрасли увеличился, но и в 2012 году он оставался много ниже, чем в экономически развитых странах Европейского сообщества. Финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере перенесено на самих граждан и работодателей. Увеличивается коммерциализация здравоохранения. Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи.

Низкий уровень ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения дополняется незавершенностью введения системы обязательного медицинского страхования. Существующая система обязательного медицинского страхования имеет целый ряд серьезных изъянов, преодоление которых требует изменения самой модели ее существования. Сложившаяся модель ОМС не оказала существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Не оправдались первоначальные ожидания появления конкуренции между страховщиками, стимулирующей их активность в защите прав застрахованных и оптимизации размещения заказов среди ЛПУ. Даже после принятия Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» население ДФО пока реально не может выбрать страховщика. Что же относительно последних, то сами страховщики практически не анализируют финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи, а, следовательно, не заинтересованы в выборе более эффективных вариантов организации предоставления медицинской помощи застрахованным. По существу система ОМС представлена множеством фрагментов с построением каждым субъектом Российской Федерации собственной модели ОМС.

Сохраняется выраженное территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан Российской Федерации на получение медицинской помощи. Разница между регионами с наибольшими расходами на душу населения и наименьшими в отдельные годы достигала 15 кратного размера. Кроме того, сохраняется дефицит экономических механизмов, побуждающих руководителей ЛПУ к росту эффективности использования общественных ресурсов.

В сложившихся условиях необходима государственная стратегия реформирования и дальнейшего совершенствования рынка медицинских услуг. Под стратегией совершенствования рынка следует понимать сложную систему воздействий, осуществляемых на государственном уровне, на конкретные медико-

⁴ Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России // Проблемы прогнозирования, 2003. – № 3. – С. 102.

социальные ситуации с целью более эффективного функционирования всех структур системы. Для повышения социально-экономической эффективности рынка медицинских услуг необходимо обеспечить не только общедоступность услуг системы здравоохранения, но также развитие и совершенствование отрасли производства медицинских услуг на уровне мировых стандартов.

Выполнение такой сложнейшей задачи посылно не отдельным рыночным субъектам, а лишь государству в целом. Однако это не должно сводиться к полной государственной монополизации данной системы, хотя государство прилагает немалые усилия к регулированию производства платных медицинских услуг.⁵ Речь идет об обосновании оптимального соотношения рыночных и нерыночных начал в деятельности отечественной системы здравоохранения. По нашему мнению, несмотря на то, что ЛПУ производят медицинские услуги, а затем их реализуют или через страховые медицинские организации, или непосредственно потребителям, необходимо сохранять приоритет некоммерческой природы учреждений здравоохранения при сохранении системы государственного регулирования.

Итак, медицинские услуги – это вид полезной деятельности, не создающей материальных ценностей, они, как правило, не приводят к владению чем-либо. Хотя бывает, что человек, получая медицинскую услугу, например, в виде зубопротезирования, приобретает и сам протез (элемент товара в услуге). Элементом товара в медицинской услуге может быть выписка из истории болезни, данные медицинского обследования, рецепт врача и т. д. Но элемент товара в услуге все-таки нельзя рассматривать как товар, в полном смысле этого слова, потому что элемент товара в услуге неотделим от нее и самостоятельной ценности, как правило, не имеет.

В последние годы, в связи с повышением благосостояния определенной части населения и развитием инновационных технологий, наблюдается рост видов и объемов оказываемых медицинских услуг. Инвестиции, связанные с оказанием медицинских услуг считаются выгодными в развитых странах с рыночной экономикой. Причем выгоду имеют не только частные инвесторы, вкладывающие свои деньги в создание медицинских организаций и получающие от этого прибыль, но и государство, т. к. здоровый человек, участвуя в создании внутреннего валового продукта, приносит доход, а государство снижает свои расходы на лечение заболеваний и оплату пособий по утрате трудоспособности.

При этом одни виды медицинских услуг требуют больших капиталовложений, как, например, услуги больниц, санаториев, диагностических центров, а другие, например, услуги массажиста, стоматолога, рефлексотерапевта могут обойтись относительно небольшим первоначальным вложением капитала. Но все они отличаются высоким уровнем профессионализма работников.

⁵ Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Открытие компании, специализирующейся на предоставлении медицинских услуг, связано с необходимостью получения большого количества разрешений и лицензий. Однако такая политика государства по отношению к предпринимателю вполне оправдана, поскольку речь идет о здоровье людей и цена недобросовестной работы или ошибки слишком высока: они могут повлечь за собой серьезные последствия как для потребителя, так и для организации, работающей в сфере производства медицинских услуг.

Проблема организационных и рыночных аспектов производства медицинских услуг занимает одно из приоритетных мест среди актуальных и трудно решаемых проблем российского здравоохранения. Реформа системы здравоохранения и, в первую очередь, преодоление острых структурных диспропорций в сочетании с поиском внутрисистемных источников экономии средств и ресурсов ни в коем случае не должна затронуть качество и доступность медицинской помощи для широких слоев населения. Анализ взаимоотношений производителей и потребителей медицинских и фармацевтических услуг позволят вплотную приблизиться к принятию управленческих решений по противодействию формирующимся тенденциям снижения доступности, качества и безопасности медицинской помощи широким слоям населения.

9.2. Рынок в здравоохранении России и особенности его регулирования

Состояние рынка производства медицинских услуг в России в настоящее время неоднозначно. До 1990 г. в России государственная система здравоохранения была единственным легальным форматом медицинских услуг, в то время как коммерческий рынок существовал только в виде теневых платежей медицинским работникам. С 1990 по 2000 гг. коммерческий сектор отечественной медицины имел тенденции к росту, а формирование рынка было связано в основном с легализацией теневых платежей врачам через создание хозрасчетных отделений государственных ЛПУ. В период с 2000 по 2010 гг. объемы производства услуг в государственной медицине сокращались. Коммерческий же сектор, напротив, становился более популярным вследствие роста благосостояния населения.

При анализе причин разнонаправленных трендов государственного и коммерческого секторов производства медицинских услуг обращает на себя внимание различия в схеме оплаты произведенных услуг.

- ✓ *Бюджет государственной медицины формируется за счет налоговых отчислений, федеральных и региональных дотаций. Соответственно, пациент не рассчитывается за конкретные медицинские услуги.*
- ✓ *Коммерческий сектор финансируется за счет платежей предприятий и физических лиц. При этом оплачивается либо комплекс услуг в рамках программы ДМС, либо разовые услуги.*

Государственные медицинские учреждения наряду с обслуживанием по полисам ОМС, оказывает и платные услуги. Услуги, предоставленные на коммерческой основе государственными клиниками, относятся к коммерческому

формату медицины. Теневые платежи пациентов лично врачам являются коммерческими платежами, так как предполагают прямую оплату медицинских услуг вне системы ОМС. В этой связи следует обратить внимание на тот факт, что при становлении рынка здравоохранения в России параллельно сформировалась система социального неравенства при потреблении медицинских услуг, источником которой стали рыночные преобразования последних десятилетий.

Согласно официальным данным, дифференциация денежных доходов российского населения резко выросла в 1992–1994 годах и оставалась стабильно высокой в последующие годы. Фондовый коэффициент увеличился с 4,5 в 1991 г. до 15,1 в 1994 г. затем, после небольшого снижения в 2002 г. (12,7), приходит новая волна нарастания доходных неравенств. К 2006 г., по данным Росстата, доходы наиболее обеспеченного слоя уже в 16 раз превышали долю, приходящуюся на наименее обеспеченных граждан.⁶ Если же принять во внимание, что официальная статистика сильно недооценивает социально-экономическую дифференциацию российского населения, не учитывая в частности теневых доходов, реальный разрыв между этими слоями может стать более значительным.

Так, по данным, приведенным Т.И. Заславской (2005), неравенство между полярными 10-ти процентными группами достигает 30-40 раз. Столь стремительный рост доходных неравенств в России, как отмечается в «Докладе по оценке бедности» Всемирного банка (2004), был близок к рекордному: по этому показателю РФ заметно выделяется на фоне других стран, в том числе и расположенных в Восточной и Центральной Европе, где также осуществлялся переход к рыночной экономике. По мнению экспертов, аналоги процессов социально-экономического расслоения в России следует искать скорее в странах Латинской Америки, чем в европейских обществах.⁷

Все это не могло не сказаться и на здоровье российского населения, о чем со всей определенностью свидетельствуют данные о росте смертности и снижении ожидаемой продолжительности жизни. Падение продолжительности жизни в нашей стране за относительно небольшой промежуток времени (1989–1997 гг.) по единодушным оценкам специалистов не имеет аналогов в современной истории. Согласно расчетам демографов, только за время с 1990-го по 1995-й год в России произошло от 1,36 до 1,57 миллионов преждевременных смертей, что эквивалентно потере от 25-ти до 34-х миллионов человеколет.

Существенные сдвиги в состоянии здоровья российского населения, произошедшие за период трансформационных преобразований в стране, достаточно обстоятельно рассмотрены во многих работах. Между тем, исследование динамики изменений в социальном распределении здоровья находится, по сути дела, только в начале пути.

Однако следует отметить, что рыночные реформы с особой остротой отразились на здоровье населения отдаленных провинций России, таких как

⁶ Российский статистический ежегодник. – 1999. – С. 141, 155; Россия в цифрах. – 2006. – С. 108.

⁷ Murphy, Michael, Martin Bobak, Amanda Nicholson, Richard Rose, and Michael Marmot. The Widening Gap in Mortality by Educational Level in the Russian Federation, 1980-2001 // American Journal of Public Health. 2006. Vol. 96. № 7. – P. 1293–1299.

Дальний Восток. Проблеме социальной дифференциации здоровья в нашей стране уделяли внимание многие зарубежные авторы. Так, уровень материальных лишений и образование являются важными предикторами воспринимаемого здоровья, поскольку в качестве значимой детерминанты статуса здоровья выступает и такая характеристика социального самочувствия, как осознаваемый контроль над жизненными обстоятельствами.⁸ Изучение социальной дифференциации здоровья в отдельных временных точках и вычленение факторов, влияющих на самочувствие людей, – важное направление исследований, способствующих более глубокому пониманию механизмов формирования здоровья. Вместе с тем, существенные перемены экономических и социальных условий жизни людей за уже достаточно длительный период преобразований требуют, на наш взгляд, не только изучения социально-обусловленных различий в здоровье в тот или иной момент времени, но и анализа произошедших изменений в социальном распределении здоровья.⁹

Изменения, произошедшие в России за годы социально-экономических реформ последних десятилетий, отразились на производстве медицинских услуг как на одной из основных площадок, где за короткий промежуток времени сформировались рыночные отношения. Наибольшие изменения произошли в отечественной стоматологии. Именно в стоматологических ЛПУ, а не в туберкулезных и других диспансерах, инфекционных больницах, развернулась борьба за пациента, его комфорт и удобство, внедрение передовых технологий организации и производства медицинских услуг.¹⁰ В сознании пациентов возникли новые образы медицинских услуг, модели интерперсональных отношений врача и пациента, этических и эстетических аспектов медицинской практики, которая соответствует всем новейшим тенденциям современного общества.

В отличие от значительной части ЛПУ, основой существования которых было производство медицинских услуг по диагностике и лечению социально-значимых заболеваний, где преобладали преимущественно бюджетные источники финансирования и средства ОМС, производственные модели в стоматологии, в ходе рыночных преобразований, в качестве основных источников финансирования стали использовать личные средства граждан, средства ДМС. Резкое снижение потребления средств бюджета способствовало укреплению рыночных отношений при производстве стоматологических услуг.¹¹

При этом изменения, происходящие в экономике, отражаются на процессе расширения и углубления рыночных отношений во всех сферах народного хозяйства, развитии рыночной инфраструктуры производства не только това-

⁸ Moser, Kath, Chris Frost, and David A Leon. Comparing Health Inequalities across Time and Place — Rate Ratios and Rate Differences Lead to Different Conclusions: Analysis of Cross-Sectional Data from 22 Countries 1991–2001 // *International Journal of Epidemiology*, 2007. – Vol. 36. – № 6. – Pp. 1285–1291.

⁹ Bobak, Martin, Hynek Pikhart, Richard Rose, Clyde Hertzman, and Michael Marmot. Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven PostCommunist Countries // *Social Science and Medicine*, 2000. – Vol. 51. Issue 9. – Pp. 1343–1350.

¹⁰ Дьяченко В.Г., Галеса С.А., М.Т. Пьетрок, И.В. Павленко. Введение в общую врачебную практику в стоматологии. Учебное пособие / Под. ред. В.Г. Дьяченко. Москва — Тверь: ТРИАДА, 2009. – 312 с.

¹¹ Данилов Е.О., Мчелидзе Т.Ш., Цимбалстов А.В. Особенности развития рынка стоматологических услуг на современном этапе // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 12–13.

ров, но и услуг.¹² Стабилизируется укрепление места и роли спроса и предложения на рынках, усиливается воздействие конкуренции во всех областях деятельности населения России. Диверсификация отечественной экономики предполагают значительные качественные изменения в здравоохранении в рамках реализации региональных программ модернизации отрасли в 2011–2012 гг.

В последние годы рынок медицинских услуг в России представлен значительным числом производителей и потребителей медицинских услуг. Только в 2010 году выручка российских медучреждений составила 469 млрд руб., увеличившись по сравнению с предыдущим годом на 11 %. При этом число оказанных услуг выросло всего на 1,4 %, достигнув 950 млн. Таким образом, рост выручки, в основном, был обеспечен ростом цен медицинской услуги. С 2006 по 2010 гг. средняя цена медицинских услуг выросла на 35 % и достигла в среднем 494 руб. за услугу.¹³ Рост цен был обусловлен удорожанием аренды помещений, импортных лекарств, оборудования, увеличением зарплат персонала и т. п. В период мирового экономического кризиса 2008–2010 гг. из секторов коммерческой медицины сильнее всех пострадало добровольное медицинское страхование. Объем ДМС сократился и в натуральном, и в стоимостном выражении. В 2009 году натуральный объем ДМС сократился на 9 %. Сокращение ДМС не стало критическим благодаря принятым Правительством РФ мерам. Вступившие в силу с 1 января 2009 года изменения в Налоговый кодекс вдвое увеличили не облагаемый налогами норматив отчислений предприятий на ДМС своих работников – с 3 % до 6 % от фонда оплаты труда. В 2010 г. численность оказанных услуг ДМС выросла на 6 % и достигла 145 млн услуг. В ближайшие годы у сектора ДМС есть хорошие перспективы роста – порядка 4-5 % в год в натуральном выражении.

В настоящее время примерно половина населения России по-прежнему предпочитает обращаться за медицинской помощью в государственные учреждения здравоохранения. Отчасти здесь играет роль тот факт, что большинство работающего населения застраховано по системе ОМС и прикреплено полисами к территориальным поликлиникам. С другой стороны, сегодня в государственных ЛПУ можно получить дополнительные платные услуги, в том числе и по ДМС. По соотношению «цена–качество» в основных услугах коммерческая и государственная медицина находятся примерно на одном уровне. Однако конкурентоспособным преимуществом коммерческой медицины является сервис и повышенное внимание к пациенту.

Изначально частная медицина в России начала формироваться в областях, которые всегда были слабо развиты в государственной медицине: в стоматологии, косметологии, урологии, гинекологии. Сегодня в этих отраслях коммерческая медицина начинает вытеснять государственную. Так, большинство россиян предпочитают платить деньги за доступную и качественную стоматологическую помощь. Весьма болезненным в этой связи становится вопрос о соотношении числа государственных и коммерческих производителей медицинских

¹² Алексеева В.М. Основы медицинского маркетинга // Главная медицинская сестра. 2002. № 4. — С. 41 — 47.

¹³ <http://bisnesstat.ru>

услуг на рынке, поскольку численность медицинских учреждений на тысячу жителей до последнего времени являлась одним из основных государственных параметров учета в системе здравоохранения. Однако данные о численности врачей и медучреждений не характеризуют объем рынка, так как не указывают на объем и стоимость совершаемых коммерческих операций.

Производители медицинских услуг. К концу 2010 года в России насчитывалось 56,4 тысяч медицинских учреждений (табл. 66).

Таблица 66

Численность медицинских учреждений по профилям деятельности, Россия, 2010 г. (тыс.)*

Многопрофильные клиники	34,2
Стоматологические клиники	12,4
Гендерные и семейные клиники	2,2
Диагностические клиники	1,9
Прочие специализированные клиники	2,5
Санаторно-курортные учреждения	3,2
Всего	56,4

*Источник: Федеральная служба государственной статистики: учет юридических лиц по классификации ОКВЭД, отрасль – здравоохранение.

Они крайне не однородны по профилю деятельности, численности персонала и количеству обслуживаемых пациентов. Единицей учета в такой категории координат мог быть как врач частной практики, так и многопрофильная больница с несколькими десятками разнопрофильных отделений и объемами производимых услуг в десятки тысяч пациентов пролеченных в стационарных условиях и сотнях тысяч амбулаторных услуг в год.

Большая численность медицинских учреждений в России обусловлена системой подсчета: за единицу измерения принимается юридическое лицо, заявляющее в видах деятельности ОКВЭД какой-либо раздел здравоохранения. Иногда несколько медицинских учреждений находятся «под одной крышей», являясь разными юридическими лицами. Вместе с лечебными учреждениями необходимо учитывать и значительное число курортных, санаторных учреждений, остающихся в ведении здравоохранения. В данное число входят и различные научно-исследовательские медицинские организации.

Что же относительно формы собственности ЛПУ, представленных на рынке медицинских услуг, то большая их часть представлена в виде частных медицинских учреждений (табл. 67).

За численность медучреждений принято число юридических лиц, зарегистрированных в России и фиксирующих финансовую деятельность в области здравоохранения. Медучреждение может регистрировать несколько юридических лиц для диверсификации деятельности или оптимизации налогообложения. Значительную долю частных клиник составляют мелкие коммерческие медучреждения типа стоматологических или гинекологических кабинетов.

Следует отметить, что государственный учет выделяет в качестве отдельных учреждений массу уже не работающих, реорганизованных, либо перешед-

ших в частный сектор медучреждений. Следует отметить, что с 2012 года значительная часть муниципальных ЛПУ перешла в собственность субъектов РФ, что, по мнению инициаторов существенно повлияет на уровень эффективности финансирования и управления медицинскими учреждениями в государственном секторе. В этой связи нет пока ответа на вопрос: «Повлияют ли эти изменения на снижение монополии отдельных ЛПУ на рынке медицинских услуг?».

Таблица 67

Численность медицинских учреждений по формам собственности, Россия, 2010 г. (тыс.)*

Частная	34,8
Государственная	7,7
Муниципальная	12,1
Иная	1,8
Всего	56,4

*Источник: Федеральная служба государственной статистики: учет юридических лиц по классификации ОКВЭД, отрасль – здравоохранение.

В переходной экономике необходимы новые подходы к формированию профессионально-квалификационного состава персонала ЛПУ, так как в течение двух последних десятилетий снизилась численность высококвалифицированных медицинских работников в отрасли здравоохранения, что свидетельствует о формировании депрофессионализации отдельных категорий медицинского персонала. В современных условиях необходимо повышение готовности ЛПУ к быстрой перестройке производства медицинских услуг, исходя из конъюнктуры рынка, что, в свою очередь, требует более высокой квалификации практикующих врачей и среднего медицинского персонала, самостоятельности, высокой мотивации к качественному труду и к инновационным решениям.

Как показали проведенные нами наблюдения за региональными системами здравоохранения ДФО, плохо организованное управление кадрами здравоохранения того или иного региона проявляется во многих симптомах неблагополучия, в частности в неадекватном использовании персонала, в низкой его продуктивности, несбалансированности структуры персонала и с потребной структурой производства медицинских услуг. Все это чревато экономическими потерями, снижением эффективности капиталовложений в ЛПУ, которые и без того достаточно ограничены. Управление кадрами становится наиболее эффективным, если определяющим принципом является экономическая эффективность принимаемых решений.

В 2012 году управляющими структурами отечественного здравоохранения были сформированы направления стратегии по повышению уровня обеспеченности кадрами системы здравоохранения и их квалификации. Параллельно были обозначены ключевые мероприятия по их реализации.

- ✓ *Снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из государственной и муниципальной систем здравоохранения.*

- ✓ Устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров в трех-уровневой системе оказания медицинской помощи.
- ✓ Совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников.
- ✓ Разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов.
- ✓ Повышение престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании.
- ✓ Развитие мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников.
- ✓ Формирование единых подходов к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических специалистов, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.

К 2011 году в отрасли здравоохранения России было занято 3,71 млн человек или 4,4 % от общей численности трудоспособного населения страны (табл. 68). В отрасли здравоохранения России сложилась неоднозначная ситуация соотношения числа практикующих врачей и среднего медицинского персонала. Если в экономических странах мира на 1 врача приходится от 4,0 до 7,0 медицинских сестер, то в отечественном здравоохранении этот показатель едва достигает соотношения 1 к 2,0.

Таблица 68

**Численность персонала медицинских учреждений,
Россия, 2006–2010 гг. (млн чел.)***

	2006	2007	2008	2009	2010
Средняя численность (в чистых ОКВЭД) всех работников отрасли	3,66	3,69	3,70	3,72	3,71

*Источник: Федеральная служба государственной статистики: Форма федерального государственного статистического наблюдения № П-4 «Сведения о численности, заработной плате и движении работников».

Проводимый анализ численности персонала ЛПУ по уровням квалификации показывает, что на одного практикующего врача в среднем приходится еще четыре сотрудника: два сотрудника средней медицинской квалификации и два сотрудника других профессий (табл. 69). К сотрудникам других профессий относятся занятые в обслуживании медицинских учреждений: администраторы, бухгалтера, снабженцы, слесари, электрики, водители, охранники, санитарки и пр.

Нехватка рабочей силы на рынках труда в России связана не только с региональными демографическими, экономическими и социальными проблемами. Мировой экономический кризис последних лет сформировал тренд рецессии на мировых рынках труда, однако и там имеются отрасли, где требуется постоянный приток «свежих» кадров.

**Численность персонала медицинских учреждений по уровням
медицинской квалификации, Россия, 2010 г. (млн чел.)***

Врачи	0,82
Средний медицинский персонал	1,48
Вспомогательный персонал	1,41
Всего	3,71

**Источник: Федеральная служба государственной статистики: Форма федерального государственного статистического наблюдения № П-4 «Сведения о численности, заработной плате и движении работников».*

Нехватка медицинского персонала и перекосы в его подготовке были определены как основные узкие места в деле реализации Целей развития ООН на текущее тысячелетие и борьбе с наиболее распространенными заболеваниями. Многие пациенты не получают необходимой медицинской помощи в силу нехватки персонала ЛПУ или из-за того, что медицинские работники не имеют возможности для регулярного повышения квалификации и знакомства с новыми технологиями.

Многие жители восточной части европейского региона покидают свои страны в поисках более высоких заработков. Обзор положения с терапевтами, проведенный в Чешской Республике, Венгрии, Литве и Польше, показывает, что от одной четверти до половины участвовавших в опросе специалистов отрасли здравоохранения планировали иммигрировать на запад, а от 4 % до 10 % специалистов определенно решили переехать.

Работающие в отрасли здравоохранения стран ЕС медицинские сестры стареют, поэтому основной проблемой региона является неспособность привлечь и удержать молодых медицинских сестер. В Дании, Исландии, Норвегии, Швеции и Франции средний возраст медицинских сестер составляет 41–45 лет. В Великобритании более половины медсестер старше 40 лет и каждая пятая из них уже достигла возраста 50-ти лет. В Латвии более 30 % медицинских сестер предпенсионного возраста, и только 6 % моложе 29-ти лет.

Такие же тенденции наблюдаются и среди врачей. Если в 1985 году 55 % врачей во Франции были моложе 40-ка лет, то к 2010-му году этот показатель сократился до 23 %. Исследование, проведенное в Великобритании, свидетельствует о том, что только 19 % работников системы здравоохранения были моложе 40-ка лет, и около 40 % тех, кому за 50 должны были уйти на пенсию в течение последующих 10-15 лет.

По сравнению с экономически развитыми странами ЕС кадровая ситуация в отрасли здравоохранения России имеет региональную окраску. В частности медицинские кадры, являясь наиболее ценным и значимым ресурсом здравоохранения Дальнего Востока России, оказывают решающее влияние на процесс осуществления любых перемен в области охраны здоровья дальневосточников. Постарение медицинских кадров на Дальнем Востоке идет опережающими темпами, а их убыль из отрасли имеет тенденцию к росту.

Кризисное состояние кадров высшего звена систем здравоохранения почти универсально, от него не застрахован ни один регион России. В отечественном здравоохранении существует скрытая хроническая нехватка врачей в результате десятилетий недостаточного инвестирования в их обучение, переподготовку, заработную плату, условия труда и управление. Это привело к острой нехватке ключевых специалистов первичного звена, росту показателей смены рода занятий и раннего выхода на пенсию, а также к росту региональной, национальной и международной миграции.¹⁴

В то же время, ситуационный анализ предложений на рынке труда в некоторых странах АТР (КНР, Япония, Республика Корея, Сингапур), проводимый нами в течение последних лет, показал, что в большинстве стран АТР наблюдается избыток предложения врачей-специалистов. В Японии и Сингапуре предпринимаются попытки ограничить прием студентов в медицинские учебные заведения. Процесс этот идет достаточно медленно и особенно затруднен при развитии сети частных учебных заведений и при децентрализации контроля над медицинским образованием и передаче этих функций на региональный или коммунальный уровень.¹⁵

Дальний Восток России с точки зрения укомплектованности ЛПУ врачами в силу ряда обстоятельств испытывает острый дефицит практикующих врачей, фельдшеров, медицинских сестер и лаборантов в отдаленных северных и сельских районах, особенно в ЛПУ ПМСП. Аналогичная ситуация наблюдается во всех странах АТР, что формирует стремление к увеличению численности семейных врачей и врачей первичной медицинской помощи. И только в КНР ощущается глобальная нехватка врачей всех специальностей. Международные рынки труда и перспективы глобализация в АТР формирует как внутреннюю, так и внешнюю миграцию медицинских кадров, в частности врачей-профессионалов.¹⁶

В субъектах РФ ДФО достаточно остро стоит проблема сохранения и приумножения кадрового состава ЛПУ всех уровней. Наступление кадрового коллапса в отрасли отсрочила миграция из территорий региона за время рыночных реформ последних двух десятилетий более одной пятой части населения. Это снизило потребность в производстве медицинских услуг и персонале ЛПУ, что сгладило и снизило напряжение и кризисные явления на рынке труда в отрасли здравоохранения.

Актуальным вопросом является не только готовность общества к пересмотру пропорциональных соотношений оказываемой его гражданам платной и

¹⁴ Кульман Э. Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения // *Профессии. doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри* / Под ред. Елены Ярской-Смирновой, Павла Романова. – М.: ООО «Вариант»: ЦСПГИ, 2007.

¹⁵ В ДФО пока нет ни одного негосударственного медицинского вуза, однако первый региональный медицинский вуз в 2011-м году отметил свой десятилетний юбилей. Это Краевой институт усовершенствования специалистов здравоохранения МЗ Хабаровского края. Причем вышеупомянутый вуз содержится на средства краевого бюджета, который многие годы формируется со значительным дефицитом (прим. авторов).

¹⁶ Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессионалов, государства и общества // *Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе* / Под. ред. В.А. Мансурова. – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2007.

бесплатной медицинской помощи, но и готовность имеющегося сектора коммерческого здравоохранения обеспечить этот объем. Вполне вероятно, что некоторые медицинские услуги будут переведены в разряд платных, цена на которые станет определяться на основе принципов свободного рыночного ценообразования, что в современных условиях при фактическом отсутствии конкурентных механизмов в коммерческом секторе здравоохранения означает наличие высоких цен.

В условиях отсутствия массовой доступности населению коммерческий сектор в отечественном здравоохранении не готов выполнить предназначенную ему социальную миссию в той степени, в которой она для него предполагается. По состоянию на сегодняшний день формально единое организационное, рыночное пространство в коммерческом здравоохранении фактически является разделенным на два не конкурирующих между собой сектора – государственных и негосударственных производителей медицинских услуг. В силу различия в ценах приобретения ресурсов, методик учета затрат в условиях административного ограничения рентабельности оказания платных медицинских услуг хозрасчетными подразделениями в составе, как правило, некоммерческих государственных ЛПУ, уровень цен в данных подразделениях оказывается значительно ниже, нежели в секторе негосударственных производителей. В данной ситуации негосударственные производители вынуждены позиционировать свой продукт в качестве элитного, искусственно мотивируя к применению маркетинговой стратегии «снятия сливок», то есть в коммерческом секторе отечественного здравоохранения организационно задается сегментная ориентация.

Возможны две стратегических альтернативы дальнейшего развития коммерческого сектора производителей медицинских услуг в отечественном здравоохранении.

- I. Сохранение традиционно сложившегося положения, когда каждая категория производителей будет ориентирована на функционирование в конкретных рыночных сегментах. Производство платных медицинских услуг хозрасчетными подразделениями государственных ЛПУ останется административно зарегулированным, негосударственные производители будут свободно конкурировать на рынке «для богатых». Естественно ни о какой конкуренции между ними говорить не приходится.*
- II. Другим вариантом является организация единого конкурентного пространства для всех производителей коммерческого сектора здравоохранения вне зависимости от формы собственности. Тем более что, системы налогообложения предпринимательской деятельности у предприятий разных форм собственности достаточно схожи. Не исключено, что такое организационно единое конкурентное пространство вначале должно быть определено, оптимизировано и отрегулировано административно и, по мере достижения достаточной величины уровня конкуренции, административные рычаги должны заменяться на рыночные инструменты.*

Например, установить на особо нужную здравоохранению определенную медицинскую услугу гарантированно оплачиваемую, рентабельную цену, выгодную всем производителям и определенный, также гарантированный, ее объем. Далее, через определенный промежуток времени, по мере насыщения рынка данной услугой, уменьшать ее рентабельность, гарантируя объем и четкую оплату, т. е. госзаказ. Так будет создаваться конкуренция между производителями, постепенно снижаться цена при сохраняемом высоком качестве услуги. И негосударственные производители медицинских услуг будут втянуты в процесс обеспечения населения качественной медицинской помощью в погоне за гарантированно оплачиваемым госзаказом.

К сожалению, как и в иных отраслях, переход здравоохранения на рыночные отношения в нашей стране осуществляется большей частью стихийно, неуправляемо и непоследовательно. Государственные органы отраслевого управления не сумели взять этот процесс под свой контроль и тем более не могут им эффективно управлять. Они не готовы принять на себя функцию стратегического управления текущей деятельностью по развитию коммерческого сектора производителей в отечественном здравоохранении. В их распоряжении практически отсутствует необходимая для этого информационная база и кадровый потенциал. Имеющиеся специалисты по управлению, всю жизнь проработавшие в государственных структурах, не обладают в достаточной мере ни теоретической базой, ни практическим опытом, необходимым для разработки и обоснования такого регулятивного комплекса и оценки необходимой и достаточной меры его воздействия. Выполнение недостающей методической и методологической базы регулирования, его информационное и кадровое обеспечение требуют определенных ресурсных затрат. Однако, учитывая, что деятельность коммерческого сектора в здравоохранении в ближайшей перспективе может превратиться в компонент государственной политики и ее социальной эффективностью будет в значительной мере определяться уровень социальной удовлетворенности в обществе, такие затраты представляются оправданными и необходимыми.

Потребители медицинских услуг. Первые попытки разработки теории потребления связаны с целым рядом ключевых фигур обществоведения XIX–XX веков. Американец Т. Веблен в конце XIX в. предложил теорию показного (престижного) потребления. Немецкий социолог Г. Зиммель выдвинул ряд ключевых идей теории моды. Немецкий социолог и экономист В. Зомбарт предложил концепцию роскоши. Другой немецкий социолог М. Вебер сформулировал концепцию статусных групп и протестантской этики. Эти имена часто цитируются в исследованиях потребления.

Более конкретные исследования поведения потребителей появились позже. Логика возникновения этого направления примерно такова: экономическая наука породила маркетинг, одним из разделов которого является «Поведение потребителей». В дальнейшем из маркетинга выделилась самостоятельная дисциплина «Поведение потребителей». Развитие отдельной учебной дисциплины

началось в США в 1950-е гг. в рамках кафедр маркетинга коммерческих колледжей и бизнес-школ.¹⁷

Для маркетинговых исследований потребительского поведения с самого начала было характерно фокусирование внимания на отдельном индивидуальном потребителе. Как верно заметил один критик, маркетологи изучали потребителя как изучают рыбу рыбаки, а не ихтиологи. При таком подходе потребности потребителя рассматриваются как врожденные, а не сформированные обществом или рынком, поэтому фирмы стремятся поймать потребителя «на крючок», предлагая товары или услуги, удовлетворяющие эти потребности лучше, чем то, что предлагают конкуренты. Таким образом, традиционные маркетинговые исследования потребительского поведения близки к концепции рационального экономического человека.¹⁸

Что же относительно поведения потребителя медицинских услуг, то по данным исследовательских компаний и групп специалистов, с каждым годом число россиян, обращающихся за медицинской помощью на платной основе, возрастает. Основной причиной данного явления следует отметить улучшение благосостояния основной массы населения, которому сопутствует постепенное осознание человеческой жизни и здоровья как приоритетных ценностей. Кроме этого, в России медленно, но все же накапливаются положительные изменения нормативно-правовой базы государства в отношении оказания платных медицинских услуг. Увеличению спроса способствует также рост самостоятельности и финансово-хозяйственной грамотности руководителей государственных и частных учреждений, что позволяет им более уверенно выстраивать отношения как с государством, так и с потребителями медицинских услуг (по материалам статей «медицинские услуги занимают 5 % рынка платных услуг населения»)¹⁹

По данным агентства BusinesStat, стоимостный объем рынка в последнее десятилетие ежегодного рос на 20 % и уже в 2008 г. достиг 468 млрд руб.²⁰ В то же время, по данным опроса ВЦИОМ, больше половины респондентов все же предпочитают обращаться в государственную бесплатную поликлинику или больницу в случае возникновения проблем со здоровьем (рис. 71).

По мнению экспертов, главной причиной роста рынка платных медицинских услуг является невыполнение государственными ЛПУ видов и объемов медицинской помощи населению в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению и ненадлежащее ее качество. Как показывает статистика аналитического центра Юрия Левады, данные Минрегионразвития РФ и Минздрава РФ, более половины опрошенных граждан считают, что качество государственного медицинского обслуживания в последние годы ухудшилось.

¹⁷ <http://globalconsulting.com.ua>.

¹⁸ Belk R.W. Studies in the new consumer behaviour // D.Miller. Acknowledging Consumption. A Review of New Studies. London and New York: Routledge, 1995.

¹⁹ <http://www.medcompani.ru/newsr/?k=&id=223>.

²⁰ http://www.farosplus.ru/index.htm?/mtmi/mt_49/obzor_chast_med.htm.



Рис. 71. Поведение россиян в случае возникновения проблем со здоровьем, % (источник «Клиентов платных клиник «разбирают на органы», данные ВЦИОМ
<http://digest-news.ru/28655-klientov-platnyx-klinik-razbirayut-na-organy.html>)

В сложившейся ситуации все больше людей готовы заплатить за качественно предоставленную услугу, а не идти на прием в государственное медицинское учреждение. Клиенты все чаще обращаются не за разовым решением проблем, а наблюдаются у «платных врачей» на постоянной основе. Самолечением занимается каждый третий (33 %), к услугам платных медучреждений прибегают лишь 8 %. Еще меньше людей руководствуются принципом «само пройдет» и пускают заболевание на самотек (4 %).

Результаты исследования ВЦИОМ свидетельствуют: именно из-за отсутствия внимания в государственном учреждении или нехватки времени на стояние в очередях к врачу люди обращаются в платные медицинские центры. При этом, цены на их услуги значительно выше (рис. 72). Так, например, консультация терапевта в 2008 г. стоила 500-800 руб., а если таковой является уже кандидатом медицинских наук, то стоимость приема поднималась до 1-1,5 тыс. рублей. За беседу с профессором приходилось отдавать порядка двух тысяч.

Один из важнейших факторов, влияющих на рост рынка – развитие в России добровольного медицинского страхования. ДМС – альтернатива Обязательному медицинскому страхованию или неплохое дополнение к нему. Полис ДМС сейчас имеет каждый пятый россиянин. Правда, страховщики не слишком охотно связываются с частными лицами (но такая практика все же есть), да и цены на прикрепление высокие – от 30 до 100 тыс. руб. в год и выше в зависимости от выбранной программы. Поэтому в большинстве случаев полис ДМС покупают крупные компании для своих сотрудников. Однако с развитием в России малого и среднего бизнеса круг потребителей добровольного медицинского страхования стал значительно расширяться. В настоящее время в секторе

ДМС 90 % портфеля страховых компаний представлено корпоративными договорами, а на долю индивидуальных клиентов приходится лишь 5-10 %.

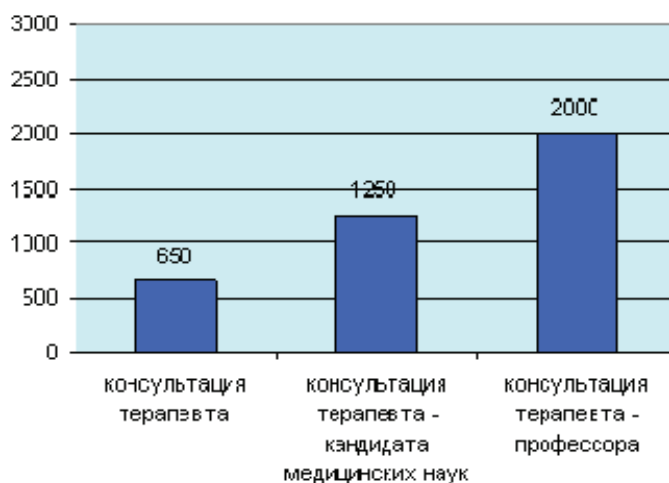


Рис. 72. Стоимость консультации в платных медицинских центрах
(Источник «Клиентов платных клиник разбирают на органы»,
<http://digest-news.ru/28655-klientov-platnyx-klinik-razbirayut-na-organy.html>)

Общий объем рынка равняется числу услуг, оказанных пациентам, включая услуги в системе ОМС, которые сопровождаются платежами лично в руки врачу. Объем коммерческой медицины включает в себя все приемы, совершенные за наличную и безналичную оплату в рамках комплексных программ или разовых платежей пациентов.

Рынок коммерческой медицины включает три сектора: легальные коммерческие платежи, теневые платежи и добровольное медицинское страхование. В этом разделе сделана попытка приведения суммарных значений коммерческой медицины, включая все три сектора рынка. Далее в отчете приведены отдельные значения по каждому сектору медицины.

На рынке медицинских услуг конечным потребителем всегда является конкретный человек. Даже при страховании персонала юридических лиц полис на обслуживание всегда является именованным документом. По этой причине учет потребителей является ключевым фактором для анализа медицинского рынка. В отличие от многих рынков товаров и услуг, где потребителями могут являться юридические лица, услуги медицинской отрасли оказываются только конкретным физическим лицам. Таким образом, число принятых пациентов и число оказанных процедур является ключевыми параметрами для оценки натурального объема медицинского рынка.

Потенциально каждый житель России является клиентом коммерческой медицины, однако на практике лишь около половины жителей пользуется платной медицинской помощью (табл. 70). В странах Евросоюза данный показатель достигает 80 %.

**Численность пациентов медицинских услуг,
Россия, 2006–2010 гг. (млн чел.)***

Численность пациентов	2006	2007	2008	2009	2010
Численность жителей РФ, включая граждан и иностранцев (млн чел.)	146,1	145,9	145,7	145,3	145,2
Численность пациентов коммерческой медицины (млн чел.)	72,2	72,4	72,4	72,4	72,5
Доля пациентов коммерческой медицины от населения РФ (%)	49,4	49,7	49,7	49,8	50,0

*Источник: *BusinesStat, Комплексный анализ маркетинговых данных.*

Доля пользователей коммерческих услуг ежегодно возрастает. Рост обусловлен развитием инфраструктуры производителей медицинских услуг и коммерциализацией государственной медицины. Благодаря коммерциализации медицины численность пациентов платных клиник увеличивается, несмотря на сокращение численности населения России. С наступлением кризиса ожидалось, что в 2009 г. число пациентов коммерческих клиник в России снизится минимум на 10 % пропорционально снижению доходов населения, но в итоге падения не произошло. Пациенты, потерявшие работу или сократившие личный доход, стали реже обращаться в коммерческие ЛПУ, но не смогли полностью отказаться от их услуг. Услуги здравоохранения продолжают оставаться незаменимыми. В то же время, от туристических услуг в 2009 г. отказались более 20 % россиян.

В табл. 71 представлены данные по платным медицинским услугам, которые показывают формирующуюся тенденцию к росту рынка производства медицинских услуг в коммерческом секторе.

**Прогноз численности пациентов медицинских услуг,
Россия, 2011–2015 гг. (млн чел.)***

Численность пациентов	2006	2007	2008	2009	2010
Численность жителей РФ, включая граждан и иностранцев (млн чел.)	145,29	145,33	145,32	145,34	145,34
Численность пациентов коммерческой медицины (млн чел.)	72,9	73,3	73,5	73,8	74,2
Доля пациентов коммерческой медицины от населения РФ (%)	50,1	50,4	50,6	50,8	51,1

*Источник: *BusinesStat, Комплексный анализ маркетинговых данных.*

Причислив здравоохранение к важнейшим приоритетам, Российское государство ставит перед собой трудно разрешимый вопрос: каким образом модернизировать отрасль при весьма ограниченных бюджетных ресурсах, не снижая при этом качество, доступность и безопасность медицинской помощи широким слоям населения в рамках финансирования программы государственных

гарантий. То, что отечественная система здравоохранения нуждается в реформировании, вполне очевидно. Однако никакая реформа не может быть бесплатной. Но до тех пор, пока государство будет оставаться фактическим монополистом в сфере оказания медицинских услуг, надежным источником может быть только государственный бюджет. Увы, при нынешних проблемах его формирования большинство надежд становятся несбыточными. Следовательно, вывод может быть лишь один – необходимо развивать производство медицинских услуг в ЛПУ всех форм собственности с условием их продажи как в некоммерческом, так и в коммерческом секторах рынка.

9.3. Рынок здравоохранения Дальнего Востока России

Природные ресурсы общемирового значения привлекают к Дальнему Востоку внимание всех государств, особенно стран Азиатско-Тихоокеанского региона. Однако ресурсный потенциал ДФО в силу объективных и субъективных причин используется далеко не полностью. Опережающее развитие стран Азиатско-Тихоокеанского региона в сравнении с общемировыми показателями заставляет Правительство РФ по-новому взглянуть на место Дальнего Востока в политическом, экономическом и социальном развитии России, на его роль для России с глобальной точки зрения в стратегической перспективе.

Уровень здоровья дальневосточников является реальным отражением социально-экономической политики региональных властей. Без обсуждения перспектив сохранения и приумножения качества будущих и настоящих трудовых ресурсов говорить об инновационном развитии региона, по крайней мере, недальновидно. Здоровье населения дальневосточного региона, как экономическая категория, формируется и развивается при следующих условиях:

- ✓ *наличие на него (здоровье) потребительского спроса в семье и обществе;*
- ✓ *высоком качестве трудового потенциала индивида и населения в целом;*
- ✓ *способности приносить доход себе (индивиду), семье и обществу в целом;*
- ✓ *целевом управлении трудовыми ресурсами, трудовым потенциалом, человеческим капиталом со стороны индивида, семьи и общества.*

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже XIX-XX веков писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента – физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь, материальные богатства увеличивают здоровье».

Региональная экономика предъявляет новые, иногда повышенные требования к здоровью дальневосточников. Они должны иметь хорошие параметры физического развития, психического и социального здоровья, а также обладать высоким уровнем интеллекта, образования и профессиональной подготовки.

Только при соблюдении этих условий возможна эффективная деятельность трудовых ресурсов в сфере высоких технологий, повышения интенсификации труда и лавинообразного роста информационной нагрузки. Чтобы выдерживать такое профессиональное напряжение, необходим высокий запас прочности здоровья каждого работающего, в частности для работы в условиях хронического стресса.

Вот почему в экономически развитых странах все больше и больше инвестиций формируется в области сохранения и повышения здоровья, сегодняшних и потенциальных трудовых ресурсов, а на Дальнем Востоке России эти вопросы зачастую рассматриваются только с точки зрения снижения бюджетных расходов. Это вызывает обоснованное беспокойство медицинской общественности и, в особенности, той ее части, которая проповедует экономические подходы к организации медицинской помощи и обоснованный в рыночных условиях прагматизм. И, тем не менее, мы убеждены, что гуманность, бескорыстие, альтруизм и есть те качества, которыми обладают большинство из наших коллег-медиков.

В то же время, реалии сегодняшнего дня не вселяют оптимизма. Производительность труда в расчете на одного занятого в экономике Дальнего Востока в 4 раза ниже, чем в Японии, в 6 раз ниже, чем в США, в 2,5 раза ниже, чем в Южной Корее, и в 5 раз ниже, чем в Австралии, а также производительность труда дальневосточников ниже среднероссийской. Потребление первичных энергоресурсов на территории ДФО на единицу валового регионального продукта в 2,5 раза выше, чем в среднем по России, электрической энергии – в 1,8 раза, а нефтеемкости – в 2 раза. В то же время на территории Дальнего Востока добыча олова составляет 100 процентов, алмазов – более 98 %, золота – 67,5 %, улов рыбы и добыча морепродуктов – 65 % от общероссийского объема.

Воспроизводство трудового потенциала дальневосточного региона определяется потребностью, которая формирует экономическое поведение жителей через трудовую деятельность. Получаемые при этом доходы на рынке товаров и услуг определяют степень удовлетворения потребностей жителей и, следовательно, отражают возможности регионального сообщества к воспроизводству здоровья как экономического ресурса. В дореформенную эру государство брало на свои плечи многие рыночные функции как основной регулятор рынка медицинских услуг, рынка лекарств и средств медицинского назначения, рынка медицинского оборудования и прочего.

В связи с этим следует выделить несколько причин, обусловивших потребность в возникновении и развитии экономических отношений между производителями и потребителями медицинских услуг в постсоветской России.

- ✓ *Приоритет социальной сферы, отказ от «экономического детерминизма» в охране здоровья граждан.*
- ✓ *Диверсификация всей социальной сферы, преобразование ее инфраструктуры, в том числе структуры современного здравоохранения в*

части производства, реализации и потребления медицинских и фармацевтических услуг.

- ✓ *Существование эмпирического базиса экономики здравоохранения вследствие длительной реальной практики управления, как в нашей стране, так и за рубежом (опыт социального планирования в СССР, проекты построения социальной рыночной экономики в ряде стран Западной Европы и США»).*

Система здравоохранения Дальнего Востока России, с этой точки зрения, в условиях реализации рыночных механизмов должна представлять собой единство функции и структуры. Функция системы здравоохранения региона определяет основное назначение отрасли и заключается в удовлетворении потребностей регионального сообщества в медицинских и фармацевтических услугах. Под структурой в системе здравоохранения региона следует понимать формирование и размещение основных производственных фондов ЛПУ и аптечных учреждений, распределение ресурсов, их связи, взаимоотношения, а также управленческие решения, нацеленные на эффективное использование ресурсов. В рыночных условиях основным фактором, определяющим эффективное функционирование системы здравоохранения региона, является целенаправленное преобразование ее структуры для того, чтобы при минимизации затрат достигнуть максимизации результатов, т. е. показателей здоровья дальневосточников.

А между тем, региональные управляющие структуры весьма успешно регулируют финансовые потоки бюджетов и медицинского страхования, производители медицинского оборудования, товаров медицинского назначения, лекарственных препаратов пытаются «приватизировать» административные решения. Интересы этих последних, связанных между собою групп, как правило, не совпадают с интересами потребителей (пациентов), поскольку для потребителя выгодно в условиях рынка формирование высокого уровня конкуренции среди производителей (продавцов) медицинских и фармацевтических услуг. В условиях конкуренции производителей у потребителя реализуется право выбора лучшего, с его точки зрения, медицинского и аптечного учреждения, ведь именно он принимает решение в условиях рынка о потреблении (покупке) той или иной услуги.

Современное общество формирует спрос на медицинские услуги, под которыми понимаются целенаправленное и непосредственное взаимодействие медицинского персонала ЛПУ и аптечных учреждений с потребителями (пациентами), результатом которого является нематериальный продукт, удовлетворяющий потребности человека в диагностической, лечебно-профилактической, консультативной и лекарственной помощи. Этот нематериальный продукт (услуга) имеет самостоятельное, законченное значение и характеризуется уровнем качества и стоимости. По этим характеристикам нематериальный продукт и реализуется на рынке медицинских и фармацевтических услуг.

Производство и реализация товаров и услуг в условиях рынка здравоохранения в значительной мере зависит от того, насколько часто и тяжело бо-

леют те или иные группы населения. Так, в структуре накопленной заболеваемости (болезненности) у населения региона первое место занимают болезни органов дыхания, а второе место – болезни системы кровообращения. Причем если первая группа заболеваний протекает относительно благоприятно, то вторая группа, даже после серьезных медицинских вмешательств, дает высокий уровень инвалидности и смертности. Устрашающими темпами продолжают увеличиваться (реальный, а не отчетный) уровень запущенных форм заболеваний, таких как хронические заболевания респираторного тракта, туберкулез, СПИД, наркомания и токсикомания, алкоголизм, сифилис и т. п. Многие весьма распространенные заболевания и состояния требуют применения комплексной, в том числе и лекарственной терапии.

Здравоохранение субъектов РФ Дальнего Востока России продолжает сохранять серьезные структурные диспропорции. Это выражается смещением акцента в пользу человеческого фактора производства медицинских услуг в ущерб технологическому, материально-техническому и прочим факторам. На фоне сохраняющегося объема выпуска врачей и среднего медицинского персонала все более нарастает отставание в обеспечении медицинских учреждений современными зданиями, оборудованием, эффективными лекарственными препаратами и прочим. С одной стороны, это объясняется политической неадекватностью, с другой – практикой остаточного финансирования провинциального здравоохранения. На этом фоне для отрасли продолжает сохраняться низкий уровень доходов персонала ЛПУ. Несмотря на декларируемую государством всеобщую доступность медицинской помощи, равенство граждан при ее получении, на практике растет платность медицинских услуг и формируется устойчивый тренд снижения их качества.

Следует отметить, что население региона уже в течение ряда лет дает свои весьма нелицеприятные оценки дальневосточной медицине. Так, по данным опросов населения, проведенных в Хабаровском крае еще в апреле 2006 года²¹, по ряду направлений социологического исследования по уровню удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг более 60 % респондентов отрицательно отзывались о ЛПУ, в которых получали медицинскую помощь. Более 50 % пациентов платили за лекарства в стационарах, более 90 % – за лекарства при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в дневных стационарах, более 65 % – за стоматологические услуги.

Правительство России и управляющие структуры ДФО, стремясь, как и правительства многих экономически развитых стран мира, воплотить «чудеса высоких технологий» в кардиохирургии, микрохирургии, гематологии, трансплантологии, генетике и других для спасения жизней десятков граждан, пока не добились реальных результатов по повышению уровня здоровья миллионов. Практически приостановлена или недофинансируется значительная часть программ профилактики заболеваний и поддержания здорового образа жизни. По оценкам экспертов ВОЗ по уровню здоровья и развитию здравоохранения Рос-

²¹ Опрос проведен территориальным органом ФС Госстатистики по Хабаровскому краю № 04-136 от 24.05.06 (прим. автора).

сия с 26 места за время социально-экономических реформ переместилась на 132 место среди государств – членов ВОЗ.²² А реальное место Дальнего Востока России в этом «табеле о рангах» можно обсуждать только в контексте сравнения с отсталыми государствами Африки.

Действительный уровень качества медицинской помощи в дальневосточном регионе нашел свое отражение в тех измеряемых результатах, которые невозможно «корректировать» при формировании отчетных данных для вышестоящих управленческих структур в виде агрегированных показателей здоровья – воспроизводства, смертности, заболеваемости, инвалидности, уровня удовлетворенности пациентов и других.

Показатели воспроизводства населения катастрофичны. Параметры рождаемости на Дальнем Востоке России – в 2 раза меньше, чем требуется для простого замещения поколений. В настоящее время в ДФО в среднем приходится 1,29 рождений на 1 женщину при необходимом для простого воспроизводства населения на уровне 2,15. В регионе реализуются отсталые технологии службы охраны здоровья матери и ребенка, когда более 2/3 благополучно начавшихся беременностей заканчиваются в абортариях. Каждый третий аборт оканчивается формированием хронической патологии репродуктивных органов, а каждый пятый – женским бесплодием.²³

Смертность от осложнений беременности, родов и послеродового периода в 10 раз превышает аналогичный показатель экономических стран мира. По высоте уровня показателя младенческой смертности регион является непрерываемым «лидером» России. Сегодня следует констатировать неприятный для дальневосточников факт – регион вплотную приблизился к демографической катастрофе, а его население «банально» вымирает.

Уровень смертности населения региона в начале XXI века лишает нас оптимизма. Смертность от стрессогенной патологии за последнее десятилетие возросла в 1,7 раза. Причем уровень смертности мужчин значительно выше уровня смертности женщин не только от неестественных причин (травмы, отравления, убийства, самоубийства, ДТП и пр.), но и от различных заболеваний, в частности от болезней системы кровообращения. Это сформировало значительный (более чем в 10 лет) разрыв в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами. Большая часть трудопотерь вследствие преждевременной смерти являются абсолютно или частично предотвратимыми и зависят от продолжающегося производства медицинских услуг низкого (ненадлежащего) уровня качества в ЛПУ региона.²⁴

Фундамент здоровья населения трудоспособных контингентов закладывается в детском возрасте. Но сегодня почти каждый выпускник дальневосточ-

²² WHO. World health statistics 2005. Indicators [online database. Geneva, World Health Organization, 2005 <http://www3.who.int/statistics/>.

²³ Дьяченко В.Г., Щепин В.О., Капитоненко Н.А. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. – Владивосток : ДАЛЬПРЕСС, 2001. – 309 с.

²⁴ Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы. – Хабаровск, 2003. – 368 с.

ной школы имеет 2-3 заболевания, зачастую хронических.²⁵ По итогам Всероссийской детской диспансеризации отклонения в состоянии здоровья были выявлены у 54 % детей Дальнего Востока. Итоги диспансеризации показали, что реальная заболеваемость детей оказалась выше в среднем в 1,5 раза, чем это отражалось ранее в официальной статистике. Всего лишь 10 % детей, получивших среднее образование, могут считаться вполне здоровыми. Следует признать факт, что от 50 до 70 % молодых людей призывного возраста не способны нести службу в современной армии по состоянию здоровья. Оценка состояния здоровья будущих матерей также не внушает нам оптимизма.

Отражением неблагополучия в обеспечении населения региона доступными, качественными и безопасными медицинскими услугами является показатель первичного выхода на инвалидность, который, на фоне роста заболеваемости, колеблется от 120 до 176 на 10 тыс. взрослого населения и имеет стабильную тенденцию к росту. Основными причинами инвалидности являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы, травмы.

В конечном итоге кризис здоровья оборачивается для общества дальневосточников колоссальными материальными и культурными потерями.²⁶ Эти процессы разворачиваются на фоне того, что отрасль здравоохранения продолжает сохранять существенные недостатки прошлых лет в виде ориентации на экстенсивные показатели развития и отсутствие эффективной системы оплаты труда персонала, сверхцентрализацию управления ЛПУ в виде чрезмерного ограничения самостоятельности их руководителей и недостаточной их подготовки в вопросах управления учреждениями в рыночных условиях.

Сегодня большинством специалистов признается факт, что причины кризиса здоровья населения на Дальнем Востоке России многоаспектны. Причем в оценках роли уровня организации медицинской помощи в ухудшающейся ситуации смертности и здоровья населения долгое время доминировала успокаивающая тональность. Часто сменяющие друг друга руководители отрасли рапортовали о том, что им удалось сохранить медицинские учреждения и кадры в ситуации острого недофинансирования, о том, сколько средств истрчено на закупку нового оборудования, медикаментов и т. п. А в том, что соотечественники умирают на 10-15 лет раньше, чем в экономически развитых странах, объявлялись виноватыми все кто угодно, но только не система медицинской помощи населению. Недаром некоторое время назад Президент РАМН, академик М.И. Давыдов сказал: «Здравоохранение находится в ужасающем состоянии. Перспективы современного состояния медицины и ожидаемых результатов проводимых в ней реформ печальны».²⁷

Сегодня в Дальневосточном регионе повсеместно наблюдается ограничение населения в доступности медицинских и фармацевтических услуг, прежде всего, по уровню доходов. Низкодоходные группы населения не в состоянии

²⁵ Рзянкина М. Ф. Совершенствование медико-социальной помощи детям подросткового возраста крупного индустриального центра : Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Хабаровск, 2005. – 43 с.

²⁶ World Development Report 1993: Investing in Health. Executive Summary. – Washington: The World Bank, 1994.

²⁷ Селезнев Е.Ф. Состояние организации медицинской помощи населению России // ФАРМ индекс. – № 251.

оплачивать многие виды услуг, в том числе и приобретение многих лекарственных препаратов. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превратились в пустые декларации. Платность медицинских услуг нарастает. Личные расходы граждан составляет 40-45 % от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных).

Между тем, в стратегии развития Дальнего Востока и Байкальского региона в принципе найдены решения проблем в виде следующих направлений действий:

- ✓ *развивать высокоэффективные отрасли, которые дадут высокие доходы персоналу, привлекут квалифицированную рабочую силу;*
- ✓ *развивать рынок жилья за счет опережающего строительства квартир;*
- ✓ *наполнять местные бюджеты за счет диверсификации производства добычи полезных ископаемых и выводить из кризиса социальной сферы и прочее.*

Но это длинный путь, который может растянуться на несколько десятилетий. А процесс оттока населения из региона следовало оставить еще «вчера». И это приоритетная и неотложная государственная задача.

Сегодня вопрос должен ставиться следующим образом: если России нужны дальневосточные территории, если она еще не настолько ослабла и в состоянии поддерживать жизнь на более чем трети собственной земли, тогда необходимо всеми возможными способами прекратить отток трудовых ресурсов с Дальнего Востока России, приумножать и развивать их. Именно это даст толчок к диверсификации экономического развития Сибири и Дальнего Востока.

Если же в результате рыночных реформ государство ослабло настолько, что не в состоянии поддерживать нормальное функционирование жителей дальневосточных провинций, а реализация исключительно рыночных механизмов не решила этих проблем и не обеспечивает нормальной жизни населения, то надо иметь мужество признать это и отдать пустующие земли в концессию другим странам. Оставшееся население перевести за Уральский хребет и стать «нормальным европейским государством», не имеющим претензий на великодержавность. Следует отметить, что уменьшение числа и качества населения в регионе сегодня приведет к постепенной потере контроля над географическим и экономическим пространством завтра. А меры компенсации дефицита трудовых ресурсов в ДФО иностранной рабочей силой и широким применением вахтового метода работы – начало пути к формированию концессионных договоров.

На Дальнем Востоке России формируется тенденция значительного роста обращений граждан в органы исполнительной власти, фонды ОМС и их структурные подразделения, судебные органы, прокуратуру и т. п., причиной которых стали последствия медицинской помощи низкого уровня качества. В этой связи следует отметить, что рыночные преобразования в здравоохранении региона не следует расценивать однозначно. Внедрение рынка в социальную сфе-

ру, каковой является здравоохранение, весьма опасно с точки зрения формирования свободной конкуренции между производителями услуг. Это, как правило, приводит к полной хозяйственной обособленности каждого производителя, его полной зависимости от конъюнктуры рынка, противодействию другим товаропроизводителям в борьбе за покупательский спрос.

В условиях рыночных преобразований следует очень внимательно отнестись к тому, что уровень оказания медицинской помощи населению региона сегодня весьма далек от оптимального, достаточно часто встречаются серьезные дефекты ее оказания во многих ЛПУ. Общеизвестно, что серьезные дефекты оказания медицинской помощи во многом обусловлены не недостатком квалификации персонала, а являются отражением неудовлетворительной организации работы как системы управления здравоохранением в целом, так и отдельных направлений деятельности, в том числе и организации фармакотерапии различных заболеваний.

В условиях рынка государственные структуры должны включить компенсирующие механизмы, которые бы смягчали давление рынка на семью дальневосточников. Поэтому государству необходимо взять на себя некоторые обязательства по оплате северных коэффициентов всем дальневосточникам, оплату их проезда из северных районов в любую точку страны. Ведь поддержка населения – это задача государства по обеспечению, в первую очередь качественного бесплатного образования и медицинского обслуживания. До 50 % стоимости жилья на Дальнем Востоке должно дотировать государство, половину оплаты стоимости услуг ЖКХ оно также должно взять на себя. Эти меры могут вводиться поэтапно, с постепенным повышением процентного обеспечения из бюджетных источников. При этом необходимо точно указать сроки полного внедрения системы поддержки, зафиксировать графики и обязательства государства в Федеральном законе «О развитии Дальнего Востока России».

Здоровье нельзя купить, но в него можно и нужно инвестировать. Под таким девизом сегодня должен формироваться поиск будущих моделей реформирования отрасли здравоохранения региона. Общим знаменателем накопившихся проблем является нарастающий кризис финансирования отрасли, который угрожает гарантированному государством доступу населения к качественной медицинской помощи. Ответом на вызов времени должен стать переход к системе здравоохранения совершенно нового уровня как с точки зрения механизмов финансирования и форм организации лечебных учреждений, так и модернизации средств и методов оказания медицинских услуг в условиях рынка.

Более того, на Дальнем Востоке России наблюдается высокий интерес к капиталовложению в медицинские инновационные технологии и реализации проектов в области здравоохранения при участии государства и частного капитала. Тем не менее, инвестиционный климат и медицинский рынок еще нуждаются в стабилизации. Учреждения здравоохранения не всегда могут самостоятельно сформировать запрос на инновации и привлечь инвестора. В свою очередь, компании, особенно иностранные, сталкиваются с рядом административных и экономических препятствий на отечественном рынке здравоохранения.

Необходимо выстроить «дорожную карту» для инвестиций в региональную медицинскую сферу таким образом, чтобы она была понятной и доступной для производителей медицинских услуг, государства и бизнеса.

Инновационные идеи и проекты в сфере управления здравоохранением, производства медицинской продукции и услуг направляют развитие медицинской отрасли региона вперед. Специфичность рынка здравоохранения Дальнего Востока в наибольшей степени обусловлена особенностями географического расположения и транспортной инфраструктуры региона. По оценкам П.А. Минакира, дальневосточную специфику формируют географически заданная удаленность от «европейского центра» и огромные различия между соответствующими субъектами федерации внутри ДФО.²⁸ Фактически имеет место разделение «единого экономического пространства» с разделительной линией между Дальним Востоком и остальной территорией России, причем в основном товаропоток имеет восточный вектор. Также к числу особенностей региона исследователи относят сильные «взаимные контрасты» региональных столиц при абсолютном доминировании каждой из них в своем регионе.²⁹ Несмотря на то, что ДФО является территориально крупнейшим округом в России, по численности населения регион занимает последнее место. При этом скорость снижения численности населения в регионе превышает соответствующий показатель по стране.³⁰ Этот факт обуславливает невысокую емкость рынков сбыта готовой продукции, в том числе и медицинской.

Все вышеназванные особенности Дальнего Востока России нашли отражение на рынке здравоохранения. Так, отсутствие развитой транспортной инфраструктуры и большие расстояния между населенными пунктами способствуют нарушению доступности качественных услуг для потребителей, увеличению сроков поставки медикаментов, что приводит или к дефектуре, или к созданию больших запасов. Следствием этого является неудовлетворенность спроса, повышение издержек медицинского и фармацевтического бизнеса, высокий уровень цен на региональных рынках медицинских услуг, а также оптовых и розничных рынках лекарственных средств. С другой стороны, на структуру товарного портфеля медицинских и фармацевтических организаций оказывают влияние различия в покупательской способности населения, как в разных субъектах ДФО, так и в крупных и мелких населенных пунктах внутри одного субъекта РФ. Структура заболеваемости в каждом субъекте РФ округа также имеет свои особенности и оказывает непосредственное воздействие на структуру продаж медицинских услуг и медикаментов.

Региональный рынок здравоохранения отличается от других рынков. Среди основных особенностей данного рынка: риск заболевания и его неопределенность, внешние эффекты, асимметрия информации между производителем

²⁸ Минакир П.А. Мировой кризис: национальные и региональные реакции // *Пространственная экономика*, 2010. - № 1. – С. 5–15.

²⁹ Лексин В.Н., Скворцов В.В. и др. Российский Дальний Восток и его «региональные столицы»: поиск стратегий развития // *Рос. эконом. журнал*, 2007. – № 9-10. – С. 16–48.

³⁰ Мотрич Е.Л., Найден С.Н. Население и социальное развитие Дальнего Востока // *Пространственная экономика*, 2009. – № 2. – С. 37–46.

лем (продавцом) и пациентом (потребителем), этические соображения и проблема справедливости, а также государственное вмешательство.

Риск заболевания для дальневосточника значительно выше, чем для жителя европейской части страны, а его неопределенность связаны с тем, что потребность в медицинских услугах зачастую связана с особенностями региона. Например, в ДФО встречается ряд заболеваний, которые практически не регистрируются в других регионах России. Наибольшую актуальность представляют две группы регионарных инфекционных заболеваний. Первая группа, это природно-очаговые зоонозы, основным резервуаром и переносчиками которых являются мышевидные грызуны. К данной группе относятся геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), лептоспироз и псевдотуберкулез. Вторую группу представляют природно-очаговые трансмиссивные инфекции: клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (Лайм-боррелиоз), бабезиоз, гранулоцитарный и моноцитарный эрлихиозы, а также клещевой риккетсиоз. Основным резервуаром и переносчиками этих заболеваний являются иксодовые клещи.

Внешние эффекты являются существенной характеристикой регионального рынка медицинских услуг. Так, своевременная вакцинация населения территорий ДФО в условиях значительного дефицита врачебных кадров, нарушенных транспортных связей одних контингентов населения (например, от гриппа) может привести к тому, что привитые лица не заболеют и не заразят других людей, при этом, последние не явятся новым источником распространения инфекции. Однако снижение числа привитых среди населения по причине ликвидации неэффективных ЛПУ первичного уровня и отсутствия в последних медицинских кадров может вызвать вспышечную заболеваемость инфекциями и их распространение в отдаленные сельские и северные районы региона.

Асимметрия информации между врачом и пациентом проявляется в уникальной возможности врачей оказывать влияние на спрос медицинских услуг. Система здравоохранения Дальнего Востока России носит такой характер, что потребитель медицинских услуг очень плохо осведомлен о медицинских услугах, которые он покупает, возможно, меньше, чем о любых других приобретаемых услугах.

Этические соображения и проблема справедливости. Дальневосточное общество считает, что если человек не может купить себе автомобиль или дачный участок – это его личное дело, однако если люди не имеют доступа к базовой медицинской помощи – это несправедливо, и рассматривает охрану здоровья как «привилегию» или «право», не хочет распределять ее только по ценам или доходам.

Государственное вмешательство обосновано тем, что функционирование частного медицинского рынка вызывает много проблем. Это обосновывает целесообразность вмешательства правительства, которое может носить различные формы. Цены на медицинские услуги в государственных медучреждениях субъектов РФ ДФО контролируются государственными структурами. Причем первые шаги на пути к введению жесткого госрегулирования на рынке меди-

цинских услуг уже сделаны. Но, если решение о контроле над ценами на лекарства не вызывает вопросов, поскольку государство является самым крупным покупателем лекарств на рынке, то в случае с платными медицинскими услугами необходимость усиления роли государства не столь понятна и очевидна.

В то же время в негосударственном секторе производства медицинских услуг на Дальнем Востоке России ситуация более сложная. По данным различных аналитиков рынка здравоохранения, сегодня персонал каждого пятого частного медицинского учреждения формирует позиции с утяжелением диагноза заболевания или ставит своим пациентам заведомо ложные диагнозы с тем, чтобы затем назначить дорогостоящее лечение в виде оперативных вмешательств и применения дорогостоящих лекарственных препаратов. Причем медицинский персонал частных клиник напрямую заинтересован в формировании сверхдоходов, поскольку их личное вознаграждение составляет от 10 до 20 % той суммы средств, которую пациент оставил в частной клинике.

Примечательно, что подобные схемы работы широко применяются и в государственных ЛПУ практически большинства субъектов РФ ДФО. Пациентов заставляют оплачивать те услуги, которые в ЛПУ обязаны оказывать бесплатно по программе государственных гарантий. Поскольку сами пациенты зачастую просто не знают, какие именно медицинские манипуляции им полагаются бесплатно. И все-таки, по данным опроса населения в различных субъектах РФ ДФО, услугами частных клиник предпочитают пользоваться всего 5,3 % дальневосточников, более 65 % респондентов предпочитают обращаться в государственные медучреждения, а около трети респондентов занимаются самолечением.

В сложившейся ситуации весьма важным фактором становится разработка и адаптация механизмов регулирования цен на региональных рынках здравоохранения. В то же время имеется масса вопросов. Так, не вполне понятно планируемое жесткое государственное вмешательство в ценообразование, т. е. каким образом введение государственного регулирования ценообразования сможет помочь в решении вопросов хронического дефицита финансовых ресурсов в отрасли. Более того, по мнению большинства аналитиков, государственное регулирование, напротив, уничтожит конкуренцию на рынке, таким образом, у ЛПУ не будет стимула повышать качество оказываемых услуг. При этом все-таки цены окажутся зафиксированными на достаточно высоком уровне.

Одним из факторов, оказывающим влияние на инфляционные процессы в потребительском секторе Дальнего Востока России, является административное воздействие на формирование цен и тарифов. На потребительском рынке ДФО формирование цен и тарифов на большинство видов товаров и услуг складывалось под воздействием рыночных отношений, а на определенный круг товаров и услуг осуществлялось под влиянием административных мер воздействия как на федеральном, так и на региональном уровнях. В большей мере это относится к платным услугам населению. Органы исполнительной власти субъектов РФ осуществляют регулирование цен и тарифов на перевозки пассажиров

всеми видами общественного транспорта в городском и пригородном сообщении, на жилищно-коммунальные услуги, отдельные виды топливно-энергетических ресурсов и на некоторые другие виды товаров и услуг.

По мнению экспертов, на рынке медицинских услуг увеличилась конкуренция, последняя сформировалась не только среди частных лечебных учреждений, но и среди платных подразделений государственных ЛПУ. Это говорит о том, что вмешательство государства в ценообразование в данной сфере может привести к тому, что цены окажутся зафиксированными на относительно высоком уровне и не смогут снизиться естественным образом в силу рыночных процессов. Лишь введением государственного регулирования ценообразования проблему не решить, поскольку сегодня порочна сама система платных услуг в госсекторе. К сожалению, в ближайшее время едва ли удастся решить проблему со 100-процентным возмещением себестоимости произведенных медицинских услуг.

В то же время, число дальневосточников, недовольных медицинским обслуживанием, постоянно растет. Ожидание своей очереди на прием к «узкому» специалисту в среднем по ДФО составляет от 1,5 до 2 месяцев. В складывающейся ситуации приходится ждать даже тем, кто готов платить, несмотря на то, что цены низкими не назовешь. Дороже всего лечиться во Владивостоке. За первичный прием терапевта придется выложить от 300 до 1 200 рублей. В дальневосточной глубинке труд врачей оценивается дешевле, однако обследоваться и лечиться по государственному стандарту (протоколу) утвержденному министром здравоохранения РФ зачастую невозможно – отсутствует необходимое оборудование или специалисты, которые могли бы на нем работать.

По мнению специалистов Хабаровсккрайстата ценовая ситуация на потребительском рынке платных услуг населению в субъектах РФ ДФО в течение последних 5-ти лет довольно сложная. Имеют отчетливую тенденцию к росту коммунальные услуги – до 12-15 % ежегодно, аналогичная ситуация в системе образования, особенно наблюдается отчетливый рост цен на услуги дошкольного воспитания и профессионального обучения. Среди медицинских услуг на 18-20 % ежегодно растет плата за первичный консультативный прием у врача-специалиста на 14-17 % – за изготовление съемного зубного протеза на, 13 - 16 % – за общий анализ крови, на 12-15% – за изготовление штампованной зубной коронки. Лечебный массаж и лечение кариеса ежегодно дорожают на 7-8 %.

Формирующиеся ценовые тенденции на потребительском рынке медицинских услуг имеют под собой вполне объяснимую основу. Дальневосточники могут ждать, пока ослабнет влияние мирового экономического кризиса, они могут потерпеть с покупкой квартиры или новой машины, но болезнь не отложишь «на потом». И, столкнувшись с «прелестями» регионального здравоохранения (огромными очередями в поликлиниках, вымогательством денег на всех уровнях стационарной, а иногда и скорой медицинской помощи), пациент-потребитель пытается решать проблему самостоятельно – идет в аптеку и покупает лекарства, руководствуясь не медицинскими знаниями, а собственным страхом и, соответственно, рискует своим здоровьем, а иногда и жизнью. Са-

молечение – это своеобразная «дальневосточная рулетка». Трудно вообразить нечто более благоприятное для формирования спекулятивного ажиотажа на медицинские услуги, медикаменты и предметы медицинского назначения.

Собственные многочисленные наблюдения за отпуском лекарственных препаратов в аптечных учреждениях всех без исключения субъектов РФ ДФО позволяют сделать несколько нелицеприятных для региональной системы производства медицинских и фармацевтических услуг выводов.

В части случаев аптечные работники позволяют себе комментировать назначения лечащего врача выражениями «в продаже имеется более эффективное средство», «указанного в рецепте препарата нет в наличии, но мы советуем вам приобрести более дорогой, но более эффективный при Вашем заболевании» препарат. В этой связи следует обратить внимание на то, что информацию о пациенте и клиническом диагнозе сотрудник аптечного учреждения имеет со слов самого пациента, но ни продавца, ни потребителя этот факт не смущает, как и возможные последствия такого «лечения».

В большинстве случаев продажи лекарственных препаратов и средств медицинского назначения сотрудники аптечного учреждения практически не интересуются наличием у пациента рецепта лечащего врача. Многие, в частности антибактериальные препараты имеют невероятно высокий уровень доступности. Наличие рецепта у пациента – покупателя лекарственного препарата и указанная в нем сигнатура отнюдь не является барьером для ятрогении.

В течение последнего десятилетия в большинстве населенных пунктов региона, несмотря на низкую плотность населения и неразвитость транспортной инфраструктуры, закрыта значительная часть ЛПУ стационарного профиля преимущественно сельских участковых больниц, а также сокращен коечный фонд центральных районных больниц и муниципальных больниц в небольших городках и рабочих поселках. На фоне реализации стратегии сокращения коечного фонда в системе здравоохранения ДФО уже к 2007 году средний уровень обеспеченности койками на 10 000 населения достиг 125.³¹ В последующие годы эти сокращения продолжались, что повлияло на производственные показатели ЛПУ. Значительная часть видов и объемов медицинской помощи дальневосточникам переместилась из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический сектор рынка здравоохранения, т. е. в дневные стационары поликлиник. Вполне естественно эта стратегия сопровождалась ростом потребления лекарственных препаратов в ЛПУ амбулаторного сектора в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению.

Производство медицинских услуг в дневных стационарах поликлиник ДФО обеспечивалось медикаментами за счет средств бюджетов или системы ОМС в рамках реализации программы государственных гарантий, однако в связи с дефицитом финансирования данных программ, часть пациентов была

³¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2007: P32 Стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 991 с.

вынуждена участвовать в софинансировании дневных стационаров за счет собственных средств (табл. 72).

Таблица 72

Сведения о покупке за счет личные средства пациентов лекарств и товаров медицинского назначения при получении медицинской помощи в дневных стационарах поликлиник в территориях ДФО (%)

№ п/п	Возраст (лет)	Приобретение за счет личных средств				
		шприцы (n=411)	перевязочные материалы (n=184)	растворы для в/в введения (n=136)	перчатки (n=296)	лекарственные средства (n=467)
		P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
1.	17-24 (n=424)	39,62±2,38	19,34±1,92	8,25±1,34	30,66±2,24	37,26±2,35
2.	25-34 (n=174)	44,25±3,77	18,97±2,97	16,67±2,83	33,91±3,59	45,98±3,78
3.	35-44 (n=175)	38,29±3,67	12,57±2,51	14,86±2,69	22,29±2,15	45,86±3,77
4.	45-54 (n=157)	35,03±3,81	19,75±3,18	14,65±2,82	28,03±3,58	47,77±3,99
5.	55-64 (n=109)	33,94±4,54	14,68±3,39	21,1±3,91	18,35±3,71	49,54±4,79
6.	>65 (n=59)	11,86±4,21	–	–	6,78±3,27	30,51±5,99
7.	Всего (n=1098)	37,43±1,46	16,76±1,13	12,39±0,99	26,96±1,34	42,53±1,49

Анализ мнений пациентов ЛПУ региона показывает, что наибольшая часть «карманных» расходов респондентов при получении медицинской помощи в дневных стационарах пошла на оплату лекарственных средств (42,53±1,49 %), следующее место занимала оплата приобретения шприцев (37,43±1,46 %), перчаток (26,96±1,34 %), перевязочных материалов (16,76±1,13 %) и инъекционных растворов (12,39±0,99 %). Уровень участия в софинансировании производства медицинских услуг в условиях дневных стационаров зависит от возраста пациента. Так, «карманные» расходы на приобретение лекарственных средств растут с 17-ти до 64-х лет, а у пациентов старше 65-ти лет наблюдается резкое их снижение. Что же относительно «карманных» расходов на приобретение перчаток и шприцев, то здесь тенденция несколько другая – эти расходы снижаются с возрастом, т. е. наблюдается корреляция с отрицательным знаком ($r = -0,98 \pm 0,01$).

Вполне естественно, что участие пациентов в софинансировании лекарственного обеспечения свидетельствует о том, что в большинстве территорий ДФО сформировался небольшой объем располагаемых ресурсов разного рода (низкий ВРП, небольшая численность населения, отсутствие инвестиционных проектов в сфере здравоохранения и др.), а эффективные механизмы софинансирования здравоохранения (в рамках частно-государственного партнерства) развиты недостаточно. В этих условиях наблюдается рост расходов личных средств дальневосточников на приобретение лекарств и предметов медицинского назначения при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах (табл. 73).

Анализ мнений респондентов показывает, что наибольшая часть личных расходов пациентов при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах пошла на оплату лекарственных средств (42,71±1,49 %), следующее место занимала оплата приобретения шприцев (39,44±1,47 %), перевязочных материалов (24,41±1,13 %), инъекционных растворов (19,58±1,2 %) и перчаток (14,57±1,064 %), что весьма сходно с «карманными» платежами пациентов при получении медицинской помощи в дневных стационарах. Имеющиеся различия концентрируются на очередности мест оплаты перчаток, растворов для внутривенного введения и перевязочных материалов.

Таблица 73

Сведения о приобретении за счет личных средств пациентов лекарств и товаров медицинского назначения при получении медицинской помощи в круглосуточных стационарах ЛПУ в территориях ДФО (%)

№ п/п	Возраст (лет)	Приобретение за счет личных средств				
		шприцы (n=433)	перевязочные материалы (n=268)	растворы для в/в введения (n=215)	перчатки (n=160)	лекарственные средства (n=469)
		P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
1.	17–24 (n=424)	47,64±2,43	33,73±2,31	15,8±1,77	13,44±1,66	34,2±2,3
2.	25–34 (n=174)	36,78±3,66	21,84±3,13	19,54±3,01	20,69±3,07	44,25±3,77
3.	35–44 (n=175)	38,29±3,67	17,14±2,85	24,0±3,23	16,0±2,77	49,71±3,78
4.	45–54 (n=157)	28,03±3,58	14,65±2,82	18,47±3,1	12,74±2,66	42,04±3,94
5.	55–64 (n=109)	39,45±4,68	18,35±3,71	30,28±4,4	11,93±3,1	59,63±4,7
6.	>65 (n=59)	22,03±5,4	23,73±5,54	16,95±4,88	10,17±3,93	49,15±6,51
7.	Всего (n=1098)	39,44±1,47	24,41±1,3	19,58±1,2	14,57±1,06	42,71±1,49

Значительные отличия отмечены нами при изучении мнения респондентов по полу и месту проживания. Всего 23,41±1,28 % пациентов мужчин приобретали за счет личных средств лекарства и средства медицинского назначения при лечении в круглосуточных стационарах, а пациентов-женщин было значительно больше – 76,59±1,28 %. В то же время 84,06±1,01 % из числа пациентов-горожан приобретали за счет личных средств лекарства и средства медицинского назначения при лечении в круглосуточных стационарах, в то время как доля пациентов – жителей сельской местности составила всего 15,94±1,01 %.

Что же относительно связей между возрастом и частотой «карманных» платежей, то однозначных тенденций нами не выявлено. Так, лекарственные средства за счет личных средств приобретались 44,25±3,77 % пациентов в воз-

растной группе от 17-ти до 24-х лет, затем по мере увеличения возраста этот показатель увеличивался и составил $59,63 \pm 4,7\%$ в возрасте 55–64 года, после 65 лет он снизился до уровня $49,15 \pm 6,51\%$.

Сравнительные характеристики уровня «карманных» платежей в дневном и круглосуточном стационарах представлены на рис. 73., причем их уровень в возрастных группах 17–24, 25–34, 35–44 и 45–54 в дневных стационарах достоверно выше, чем в круглосуточных стационарах. В группе лиц пенсионного возраста число «карманных» платежей смещается в сектор круглосуточных стационаров.

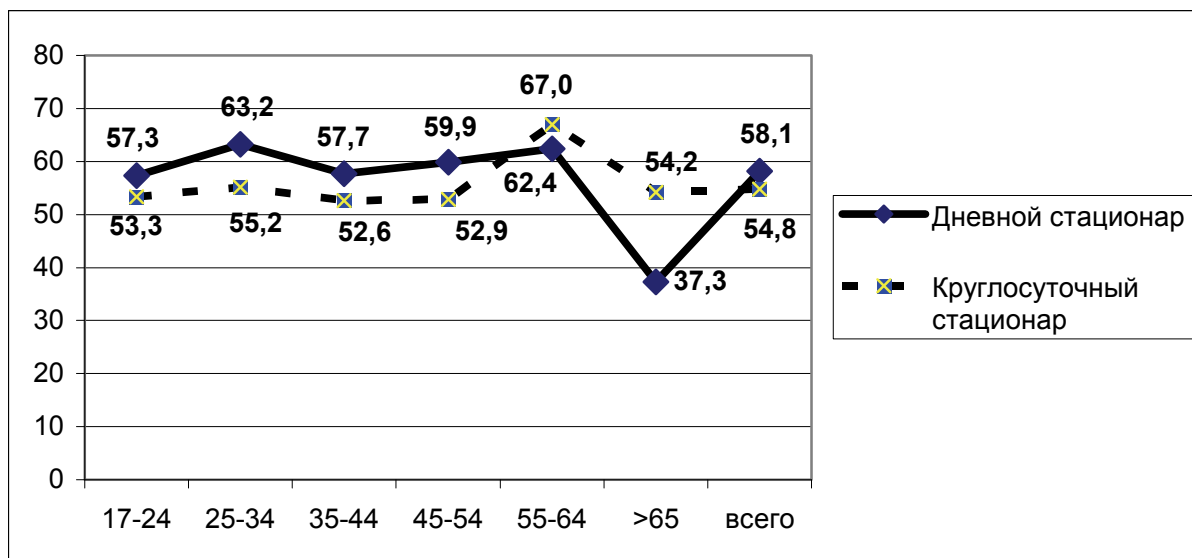


Рис. 73 Сведения о покупке за счет личных средств пациентов лекарств и товаров медицинского назначения при получении медицинской помощи в ЛПУ в территориях ДФО, %

Вполне естественно в сложившейся ситуации следовало бы ожидать от значительной части респондентов обращений в различные инстанции с жалобами и заявлениями на то, что их принуждают к повторной оплате медицинских услуг, входящих в программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Однако в реальной жизни это всего 76 обращений, составляющих $6,92 \pm 0,27\%$ от числа всех опрошенных (табл. 74), причем никто из них не обращался в прокуратуру в связи с нарушением ст. 41 Конституции РФ, «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ», «Закона об обязательном медицинском страховании граждан РФ» и Закона РФ «О защите прав потребителей».

Чаще всего пациенты обращаются к руководителям ЛПУ и в страховые медицинские организации, значительно реже – в территориальные фонды ОМС и территориальные органы управления здравоохранением.

В здравоохранении Дальнего Востока России и сегодня, в нарушение параметров принятого в 2010–2011 гг. федерального законодательства, делаются попытки сохранения системы безальтернативной медицинской помощи, когда пациент «приписывается» к тому или иному ЛПУ независимо от его желания.

Право выбора врача и ЛПУ он обретает, как правило, или в системе ДМС, а чаще в рамках оказания прямых платных услуг. Что же относительно рынка фармацевтических услуг, то здесь достаточно устойчиво сформировались рыночные механизмы, что оставляет право потребителю на свободу выбора.

Таблица 74

Сведения об обращении пациентов с жалобами в управляющие структуры о вынужденном приобретении за счет личных средств лекарств и товаров медицинского назначения при получении медицинской помощи в стационарах ЛПУ территорий ДФО (%)

Возраст (лет)	Жалобы на приобретение за счет личных средств лекарств и средств медицинского назначения				
	в территориальные органы управления здравоохранением (n=8)	в территориальные фонды ОМС (n=10)	в страховые медицинские организации (n=13)	руководителям ЛПУ (n=45)	в прокуратуру (n=0)
	P±m	P±m	P±m	P±m	P±m
17–24 (n=424)	0,24±0,24	0,47±0,33	–	2,83±0,81	–
25–34 (n=174)	–	0,57±0,57	0,57±0,57	8,05±2,06	–
35–44 (n=175)	0,57±0,57	1,14±0,8	0,57±0,57	6,29±1,83	–
45–54 (n=157)	1,91±1,09	1,91±1,09	3,18±1,4	1,91±1,09	–
55–64 (n=109)	0,92±0,91	0,92±0,91	5,5±2,18	4,59±2,0	–
>65 (n=59)	3,39±2,36	1,69±1,68	–	–	–
Всего(n=1098)	0,73±0,26	0,91±0,29	1,18±0,33	4,1±0,6	–

Поскольку рынки производства медицинских и фармацевтических услуг тесно взаимосвязаны и взаимозависимы, то и тот, и другой нуждаются в разработке механизмов управляемой конкуренции. Но, если на рынке медицинских услуг в ДФО необходимо формировать вектор усиления конкуренции между производителями, то на рынке фармацевтических услуг этот вектор достаточно велик за счет огромного числа посредников, содержание которых вызывает повышение отпускных цен. Следовательно, вероятным сценарием регулирования фармацевтического рынка станет включение механизмов ограничения дальнейшего роста числа посредников.

В настоящее время на фоне сформировавшихся проблем структурных диспропорций и неэффективного управления ресурсами отрасли здравоохранения территорий Дальнего Востока России, несмотря на реализацию в 2011–2012 году региональных программ модернизации, имеет место кризисная ситуация, заключающаяся в том, что отрасль продолжает по инерции работать в режиме постулатов экономики бывшего СССР образца 70-80 годов XX-го века. Руководители отрасли не используют современных методов экономического регулирования деятельности ЛПУ в условиях рынка. В отрасли в целом и в отдельных ЛПУ в частности отсутствует система моделирования конечных результатов

деятельности и «управления по результатам». Результаты региональных программ модернизации повсеместно не выполнены, а рыночные механизмы не работают.

Данное положение порождает проблемы, дальнейшие разрушительные действия которых сегодня трудно предсказать. В частности, на практике вознаграждение производителям медицинских услуг по-прежнему определяется объемом услуг (числом пролеченных больных, числом посещений в поликлинике, числом вызовов скорой помощи и пр.), а не достигаемыми результатами, т. е. измеренному уровню состояния здоровья отдельного пациента или группы пациентов в результате лечения. Сохранение устойчивых излишков мощностей и медицинского персонала в отдельных медицинских учреждениях региона и дефицит мощностей и персонала в других, что является результатом нерационального планирования и управления. Существующий в регионе вариант планирования основывается не на оценке реальных потребностей населения в медицинских и фармацевтических услугах, а на показателях, достигнутых в предыдущие годы. Тем не менее, закрытие медицинских и аптечных учреждений, даже если они являются бесполезными для населения и убыточными в принципе, является сложным политическим решением для многих территорий и муниципалитетов ДФО.

Практически не действуют экономические стимулы рыночного характера, которые подталкивали бы производителей медицинских и фармацевтических услуг к конкурентной борьбе за контракты, а страховщиков к конкурентной борьбе за клиентов, повышая тем самым эффективность и качество оказываемых услуг в ЛПУ региона. Рынки заранее «отрегулированы» из кабинетов управляющих структур с помощью системы «приказов» и «постановлений», которые лишают пациентов права выбора как страховщика, так и производителя услуг.

Система управления «сверху вниз», которую территориальные министерства здравоохранения, муниципалитеты или ведомства территорий ДФО используют в отношении принадлежащих им ЛПУ, устаревшие принципы, основанные на централизованном планировании и волевом стиле управления. Эти принципы являются рудиментами давно отжившей системы, основанной на «нормативах», спускаемых «сверху» не имеющих никакой связи с реальными затратами или соображениями эффективности. Управляющими структурами здравоохранения региона до настоящего времени не разработаны местные стандарты (модели) результатов деятельности, как систем здравоохранения территории, так и отдельного ЛПУ. Система управления ресурсами здравоохранения ДФО не опирается на объективные региональные критерии.

Для преодоления существующих проблем следует осуществить структурные изменения в сложившейся картине оказания медицинских и фармацевтических услуг. Этого можно добиться наилучшим образом за счет более рационального использования госпитального сектора, внедрения соответствующей системы возмещения, которая предусматривала бы стройные механизмы сдерживания расходов, за счет укрепления ЛПУ первичного звена, но не только из

средств «Региональных программ модернизации», поскольку этого будет недостаточно. Ведь объемы медицинского обслуживания, потребление финансовых ресурсов в регионе до сих пор осуществляется около 75 % через круглосуточный госпитальный сектор или врачей-специалистов поликлиник и только на 25 % через специалистов первичной медико-санитарной, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

Это полностью противоречит пропорциям, которые рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения и соображениями здравого смысла. Кроме того, система амбулаторного обслуживания жителей региона неэффективна в своей основе, поскольку первичное медицинское обслуживание, базируется на системе участковых «врачей-аллопатов» с функцией «диспетчера», а не на специалистах по профилактике, раннему выявлению и эффективному лечению заболеваний – врачах общей практики.

Между тем, спрос на услуги в области здравоохранения стабильно растет в большинстве государств Азиатско-Тихоокеанского региона. Согласно расчетам специалистов, при существующих темпах роста к 2050-му году объем расходов на здравоохранение в большинстве стран Организации экономического сотрудничества и развития превысит 20 % ВВП.³²

Существует два важных фактора, обуславливающих этот рост, – все более широкое распространение предотвращаемых хронических заболеваний и неэффективное использование ресурсов в сфере здравоохранения. Во многом на ситуацию влияют решения, принимаемые потребителями под воздействием поведенческих факторов. Например, ожирение, которое в большинстве случаев можно предотвратить, существенно повышает риск возникновения диабета, заболеваний сердца, инсульта и некоторых видов рака. Поскольку в большинстве систем здравоохранения нет стимулов, поощряющих пациентов к надлежащему контролю над предоставлением медицинских услуг, потребители часто выбирают неверные методы лечения для многих болезней и состояний. Неправильное использование системы здравоохранения лишь отягощает бремя расходов, возникающих в связи с распространением хронических заболеваний.

Чтобы наладить активное взаимодействие с потребителями, финансирующим организациям (фондам ОМС и СМО) придется радикально изменить свое представление о собственных клиентах: необходимо рассматривать их как партнеров по управлению системой здравоохранения. Вследствие этого финансирующие организации должны сформировать новые или развить существующие навыки в таких сферах, как анализ потребительских предпочтений, управление взаимоотношениями с клиентами, поведенческая экономика и социальный маркетинг. Возможно, что для изменения моделей потребительского поведения пациентов им также придется организовать сотрудничество с другими заинтересованными лицами, в том числе с поставщиками медицинских услуг (ЛПУ), органами местного самоуправления, фармацевтическими компаниями и некоммерческими организациями.

³² Jean P. Drouin et al. The health care century // Health International, № 7, 2008. P. 6–17.

Дальневосточники на рынке здравоохранения стран АТР. Вступление России в ВТО в 2012 году укрепило позиции производителей медицинских услуг стран АТР за счет стойкого роста объемов «медицинского туризма» граждан России в Китае, Южной Корее, Японии и Таиланде.

Китай. Еще в начале 1990-х годов КНР принадлежала к числу стран, последовательно повышающих эффективность системы охраны здоровья населения. Однако доля расходов на здравоохранение в ВВП была ниже соответствующего показателя во многих экономически развитых странах.³³ В августе 2006 г. правительство Китая создало координационную группу по реформированию здравоохранения, в которую вошли представители полутора десятков министерств и государственных комитетов. На первый план был выдвинут план укрепления ведущей роли правительства в реформировании управления государственными медицинскими учреждениями, снижении расходов населения на здравоохранение.

В настоящее время создана система медицинского страхования для рабочих и служащих в городах и поселках на основе общественного планирования и взносов частных лиц, причем сфера действия этой системы постепенно расширяется. Традиционная китайская медицина и фармакология, а также сочетание методов китайской и западной медицины развиваются совместно. Заметно снизился уровень заболеваемости многими инфекционными болезнями, эпидемии локализованы, усиливается доступность и качество медицинской помощи жителям сельских районов. По средней продолжительности жизни населения, снижению смертности младенцев и рожениц Китай находится в первых рядах среди развивающихся стран, по некоторым показателям он достиг уровня развитых западных стран.

В сельских районах в основном сформировалась трехступенчатая (уездная, волостная и деревенская) лечебно-профилактическая система обслуживания для всех. 91,5 % общего количества жителей сельской местности Китая приняли участие в новой сельской кооперативной медицинской программе к концу 2008 г., опережая на два года плановый график. Правительство КНР сообщило, что эта программа в настоящее время покрыла почти все округа Китая, города и районы с сельским населением. С 2003 года сельские жители получили субсидии на получение медицинской помощи, которые суммарно составили 125,3 млрд китайских юаней. В частности, 110 млн жителей получили больничные субсидии, 119 млн – амбулаторные субсидии и 2 миллиона прошли обследование.³⁴

На реформу здравоохранения Правительство Китая выделило из государственного бюджета с 2009 по 2011 год 850 миллиардов юаней (124 миллиарда долларов). Согласно утвержденному плану, как сообщало агентство Синьхуа, эти средства будут расходоваться на «создание всеобщего доступа к базовому медицинскому страхованию, введение системы «основных» лекарственных средств, совершенствование условий оказания первичной медико-санитарной

³³ Щепин О.П., Евсюков Ю.М. // Пробл. социальной гигиены и история медицины. – 1994. – № 3. – С. 32–37.

³⁴ BEIJING, April 24. Original Source: English copyright by SinoCast.

помощи, а также обеспечение равноправного доступа к базовым услугам здравоохранения и экспериментальных реформ государственных медицинских учреждений». В числе конкретных шагов реформы предусмотрено строительство около двух тысяч больниц уездного уровня, которые бы отвечали «общенациональным стандартам здравоохранения».

В рамках реформирования охраны здоровья населения в Китае опережающими темпами идет развитие медицинской науки, в частности в ближайшие годы будет построена крупнейшая в Азии научная база для разработки технологий использования стволовых клеток. Как пишет «Компьюлента», научный городок расположится в городе Тайчжоу (провинция Цзянсу), где находится множество медицинских и фармакологических предприятий и частных исследовательских центров. Значительное ускорение и невероятный уровень инвестиций в последние годы получила китайская фармацевтическая промышленность, в частности германский фармпроизводитель – компания Merck сообщила, что планирует вложить 150 миллионов евро (225 миллионов долларов) во всемирный центр R&D Фармации и биотехнологии в Пекине.

Параллельно реформам системы оказания медицинской помощи населению власти Китая сформировали весьма жесткое отношение к лицам, посягнувшим на здоровье граждан. В частности, в северном китайском городе Шинзячуан в 2009 году были казнены два предпринимателя, «обогадивших» дешевую молочную смесь для младенцев меламинам. Суд отклонил апелляции обоих о помиловании. Всего по делу об отравленной смеси был осужден 21 человек. Во время следствия выяснилось, что уловку с меламинам использовали минимум на 12 крупных китайских молокозаводах.³⁵

Конечно, китайское общество далеко от идеала и уровень здоровья населения КНР еще не достиг критериев экономически развитых стран, однако уровень политической воли, решимость, целенаправленность и настойчивость ЦК КПК и правительства в проведении реформ социально-экономического развития поднебесной не может не вызывать уважения и даже, в определенной мере, зависти у жителей Дальнего Востока России.

Жители Дальнего Востока России все чаще и чаще обращаются за медицинской помощью в клиники Китая. Следует отметить, что с точки зрения въездного туризма Китай является одним из мировых лидеров. Однако именно медицинский туризм до последнего времени не относился к числу безусловных приоритетов китайского руководства (хотя, стоит заметить, что и без этого поток иностранных пациентов был велик). Сегодня же в Китае существует государственная программа по превращению страны в регионального лидера медицинского туризма. Если рынок мирового медицинского туризма растет в среднем на 30 %, в год, то в Китае этот сегмент бизнеса в ближайшие годы будет развиваться невиданными темпами – на 100% в годовом исчислении. Это означает, что если сейчас с лечебными целями в Китай приезжает около 200 тыс. пациентов в год, то через несколько лет это число вырастет в разы. Значительную часть из них составляют граждане РФ.

³⁵ <http://www.mignews.com>.

Вряд ли стоит говорить о том, сколько долларов приходится в год на медицинское обслуживание среднестатистического китайца (сравнение еще долго будет проигрывать благополучным странам с малым населением – Швейцарии, Швеции, Норвегии и др.). С точки зрения медицинского туризма важнее другое: наличие необходимой инфраструктуры для приема и лечения иностранцев в Китае. Главное преимущество лечения в Китае – это соединение возможностей западной и традиционной китайской медицины. При этом западная медицина в Китае развита ничуть не хуже чем в Европе, но стоимость лечения на порядок ниже. Есть и другой аспект. Ряд заболеваний, в первую очередь хронических, плохо поддается лечению при помощи западных методик, но успешно излечивается благодаря традиционной китайской медицине. Реабилитация после инсульта, лечение бронхиальной астмы, ХОБЛ, ДЦП, псориаза, хронических нервных расстройств – далеко не полный перечень того, что может традиционная медицина Китая.

Китай интересен для пациентов со всего мира еще и тем, что здесь разрешен целый ряд медицинских технологий, которые еще находятся в стадии изучения в России и на Западе. Речь идет, прежде всего, о лечении стволовыми клетками и генной терапии онкологических заболеваний. С учетом повышенного внимания западных пациентов к лечению стволовыми клетками, в Пекине создан специализированный международный госпиталь и клиника, в котором реализованы преимущества интегрированной медицины.

Наиболее привлекательными городами с точки зрения медицинского туризма являются Пекин (здесь собран весь цвет китайской медицинской науки), Шанхай (власти города стремятся превратить его в своеобразный медицинский «ХАБ»), Тяньцзинь, Гуанчжоу, Харбин и др. В каждом из названных городов есть свои знаменитые госпитали общего профиля, а также узкоспециализированные клиники. Популярным направлением медицинского туризма в Китае является лечение и протезирование зубов. Стоматология в Китае – это современное оборудование, качественное лечение, низкая стоимость, короткие сроки.

Лечение в Китае поражает своим разнообразием – многие заболевания имеют несколько способов лечения, что позволяет подобрать наиболее подходящее и эффективное с учетом всех особенностей конкретного случая. Особой популярностью пользуется иглотерапия, которая используется уже на протяжении многих веков, не менее популярна и диагностика по пульсу, с помощью которой высококвалифицированные китайские специалисты способны выявить практически любое заболевание. Особой известностью пользуется китайский массаж, который применяется в комплексе с другими методами реабилитации в таких популярных среди жителей Дальнего Востока России санаториях, как медицинский центр Удаляньчи.

Таким образом, российскому пациенту в китайской клинике будет обещана медицинская помощь на уровне европейских стандартов по разумной цене. Здесь в равной степени представлены клиники как западной, так и традиционной китайской медицины, где делают уникальные операции

и успешно лечат многие острые и хронические заболевания. По нашим оценкам число дальневосточников, получающих медицинскую помощь в клиниках Китая, уже давно превышает 10 тыс. пациентов год, причем их число довольно быстро растет.

По данным выборочных опросов российских туристов получавших медицинскую помощь в клиниках КНР, привлекательным фактором являются ценовые характеристики оказываемых услуг. Проведенный анализ ценовых характеристик стоматологических услуг в некоторых странах АТР подтвердил данные опросов туристов. Так, цены на стоматологическую помощь в Китае оказались значительно ниже, чем в России (табл.75).

Таблица 75

Сравнительная характеристика цен стоматологических услуг в некоторых странах АТР (I квартал 2012 г. \$ США)

№ п/п	Наименование услуг	Россия (ДФО)	США	Ю. Корея	Китай
		M±m	M±m	M±m	M±m
1.	Установка зубного имплантата	822±32,3	2539,1±65,4	2268,3±266,5	525±32,6
2.	Лечение кариеса	75±3,54	199,5±5,1	169,6±8,8	15±0,3
3.	Лечение одного корневого канала	114±4,27	776,8±20	182,9±18	18,9±0,3
4.	Металлокерамическая коронка	242,4±11,7	920,7±23,7	262,9±10,2	78,3±2,2
5.	Дентальный снимок	7,2±0,13	18,3±0,5	Нет данных	Нет данных
6.	Осмотр и консультация стоматолога	8,9±0,42	Нет данных	87,5±9,1	Нет данных
7.	Частично съемный протез	351,6±17,4	1048,6±27	812,9±22,4	238,6±10,2
8.	Удаление одного зуба	49,9±2,3	133,7±3,4	56,9±4,3	10±0,4

В США, напротив, цены на рассматриваемые стоматологические услуги превышают Российские более чем в 2 раза при установке имплантата; при лечении кариеса, удалении зуба – в 1,5 раза, при лечении одного корневого канала – в 5 раз; при изготовлении металлокерамической коронки и частично съемного протеза – в 2 раза. В отличие от ценовых, качественные характеристики медицинских услуг китайских клиник по мнению пациентов не всегда соответствуют рекламным проспектам туристических фирм, занимающихся организацией медицинского туризма в поднебесной.

Япония. Предприняв попытку выхода на международный рынок медицинских услуг, Япония старается конкурировать с Китаем, Южной Кореей, Таиландом и Сингапуром, где медицинский туризм граждан России уже давно приобрел внушительные масштабы. На различных форумах представители агентств по развитию туризма пытаются донести до потенциальных клиентов все преимущества лечения в Японии. Причем стоит учесть, что медицина в

стране восходящего солнца не из дешевых, а, следовательно, организаторам медицинского туризма надо найти такие нюансы и аспекты, которые бы стали решающими в выборе дальневосточниками японских клиник.

Одним из решающих аргументов является то, что Япония – одна из самых удивительных и неординарных стран мира. Так, при населении около 127 млн человек, из которых 16 % благополучно доживают до 100 лет, уровень инвестиций в охрану окружающей среды – невероятен. В этой связи неудивительно, что по продолжительности жизни Япония занимает первое место в мире. Решающим фактором долголетия японцев считается не только здоровое питание и общеизвестная дружелюбность японцев, а также эргономика их жилищ.

Японское общество можно назвать обществом футурологов. Индивиды считают себя удовлетворенными только после того, как будет удовлетворена группа, к которой они себя причисляют. Бизнес-фирмы обычно не хотят довольствоваться временными всплесками доходов, а смотрят на то, как бы посolidнее укрепиться на рынках сбыта. Ориентация на будущее тесно связана с психологией накопительства, издавна присущей японскому обществу. Каждый рабочий или служащий в Японии старается увеличить свои сбережения. По данным статистики, средняя японская семья ежемесячно откладывает в банке примерно 20 % своего бюджета, т. е. в три раза больше, чем американская. По отзывам экономистов, индивидуальные сбережения японцев представляют собой мощный рычаг экономического развития страны. Японская администрация широко использует эти средства для реализации своей долгосрочной экономической стратегии.

Вместе с экономическим своеобразием, Япония обладает весьма эффективной и экономной системой здравоохранения, которая, в частности, требует в два раза меньше расходов и достигает лучших медицинских результатов, чем системы здравоохранения таких экономически развитых стран, как США, Великобритания и Германия. Требуемый паритет затрат и результатов в системе охраны здоровья своих граждан Япония формирует путем внедрения нескольких инструментов, в частности, запрета на прибыль страховых компаний, ограничений доходов производителей медицинских услуг и широкого спектра профилактических мер. Среднестатистический японец посещает врача 14 раз в год, намного чаще, чем россияне, американцы и немцы. Они могут выбирать лечащего врача или узкого специалиста, причем длительных задержек в приеме, как правило, не происходит. Японское здравоохранение помогает делать жизнь людей долгой и качественной.

Система оказания медицинской помощи в Японии – гибридная система, финансируемая за счет страховых взносов, связанных с работой, и налогов – является всеобщим и обязательным и потребляет около 8 % ВВП страны.³⁶ В Японии нет случаев банкротства из-за болезни членов семьи, поскольку никому из ее граждан не было отказано в страховом покрытии из-за каких-либо существовавших ранее условий. В то же время здравоохранение страны восходяще-

³⁶ OECD Health Division. OECD Health Data, 2007; The World Health Report, 2005, 2006.

го солнца далеко от идеала, в связи с чем многие эксперты утверждают, что, по всей видимости, она потребует существенных изменений в ближайшие десятилетия.

Тем не менее, правительство оплачивает четверть от общей стоимости медицинской помощи, а работники и работодатели посредством обязательного страхования оплачивают оставшуюся часть. «Больше трети взносов работающих используется на передачу финансовых ресурсов от молодых, здоровых и богатых к старым, больным и бедным». Трудовые ресурсы крупных корпораций платят около 4 % своей зарплаты в страховой фонд. Эти выплаты ограничены суммой 6 тыс. USD в год. Средняя сумма ежегодных выплат на одного работника составляет 1 931 USD. По данным американской национальной ассоциации здравоохранения, типичный американский служащий в год выплачивает 3 354 USD. Что же относительно самозанятого японца и безработного, то в Японии они обязаны выплатить для страхового покрытия около 1 600 USD. Кроме того, пациенты трудоспособного возраста должны вносить 30 %-ную доплату за лечение и лекарства – это самая высокая подобная выплата в мире.

Сегодняшний уровень медицины в Японии весьма высок. Как ни парадоксально, но мощный рывок страна сделала после страшной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки. Именно тогда в Японии возникла необходимость в высококлассных медицинских специалистах. Теперь высочайшее качество медицины Японии, а именно диагностики и лечения, стало традицией и отличительной чертой.

По уровню научного медико-биологического потенциала Япония занимает второе место среди развитых стран мира. Здесь насчитывается 240 научно-исследовательских учреждений медико-биологического профиля, в которых работают около 73 000 ученых-медиков. Медицина Японии является общепризнанным лидером в области современных технологий. Это выражается, в первую очередь, в первоклассном и ультрасовременном оснащении японских медицинских центров. Так, например, по количеству аппаратов магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии Япония занимает первое место в мире.

К 2050 году 40 % граждан Японии окажутся за порогом 65-летия. Структура заболеваний и патологических синдромов пожилых людей становятся все более дороги для лечения, поскольку уровни заболеваний раком, инсультом, болезнью Альцгеймера неуклонно возрастают. В связи с этим формируются структурные диспропорции в отрасли, когда виды и объемы медицинской помощи пожилым японцам тормозят доступность медицинских услуг трудоспособному населению из-за значительных очередей. Государству пока не удастся сократить продолжительность пребывания в больницах, причем это происходит на фоне того, что в отрасли здравоохранения Японии сформировалась нехватка акушеров, анестезиологов и специалистов скорой помощи, что связано с относительно низкой оплатой труда, долгими часами работы и высокой нагрузкой во многих госпиталях. В отделениях экстренной помощи многих больниц не хватает коек и затруднена ранняя диагностика заболеваний.

В настоящее время широкую огласку получили случаи отказа в госпитализации больным и беременным женщинам, в экстренной хирургической и акушерской помощи из-за недостаточной укомплектованности врачами экстренных служб больниц. Квалифицированные врачи, как правило, покидают привычные всем японские больницы, переходя на более высокую заработную плату и более предсказуемые часы работы в частные клиники. Там они становятся врачами первого контакта и восполняют низкую плату за лечение высоким объемом работ, рассматривая пациентов как некий материал на конвейере по производству медицинских услуг.

В то же время японская система здравоохранения не заслуживает тех лавров за сравнительно крепкое здоровье японцев, которые ей иногда приписывают. Все-таки основной вклад в здоровье японцев осуществляют культурные и национальные традиции, в частности рацион питания и образ жизни. Здесь совершается меньше тяжких преступлений, происходит меньше ДТП и далеко не так остро стоит проблема ожирения. По данным ОЭСР, лишь около 3 % японцев страдают от ожирения по сравнению с 20 % россиян, 25 % европейцев и 30 % американцев.

Тем не менее, «западная» пища проникла в рацион японцев, и в стране стало появляться все больше граждан с избыточным весом, ведущих к тому же сидячий образ жизни. Противодействие связанным с ожирением проблемам со здоровьем – известным здесь как метаболический синдром – ведется в Японии мерами, которые, вероятно, нас удивят. Например, 70 % населения должны проходить обязательный скрининг и если обнаружится, что их талия почти исчезла, они обязаны проконсультироваться с лечащим врачом по поводу физических упражнений и диеты. Причем эти новшества введены на уровне закона.

В марте 2012 года на 3-м ежегодном Московском Конгрессе по медицинскому и оздоровительному туризму, впервые присутствовали представители сразу пяти японских организаций – консорциум Medical Excellence Japan, ИТО Hospital, Medical Foundation Daiyukai, Tokyo International Medical Institute и Tokyo Medical and Health Tourism Center. Многие сотрудничают с аккредитованными для приема иностранцев клиниками, в том числе и для граждан РФ.

В интервью журналу Medical & Health Tourism генеральный директор Tokyo International Medical Institute доктор Ю. Косидзука сказал: «Изначально японская система здравоохранения была рассчитана исключительно на граждан Японии. Но поскольку она показала свою высокую эффективность, политика правительства в этом вопросе изменилась, и в последние годы иностранцам тоже разрешили пользоваться ею». Согласно статистике Medical Excellence Japan, жители постсоветских стран в 2011–2012 годах посещали Японию для лечения рака печени, кишечника, груди, поджелудочной, предстательной железы, патологии щитовидной железы, рассеянного склероза, хронической мерцательной аритмии, межпозвоночной грыжи, невриномы, артроза. Кроме того, популярным среди русских туристов становится услуга комплексной диагностики за короткое время в японских клиниках, т. е. скрининг, который по-японски называется «нинген докку». К иностранцам японские врачи подходят индивидуаль-

но, предлагая детальное обследование, в зависимости от жалоб и симптомов. Стоимость такого скрининга составляет около 1 000 евро.

Сегодня нет официальной статистики об иностранцах, которые приезжают в Японию на лечение. Однако в стране уже есть несколько больниц, которые для улучшения финансовых показателей по своей инициативе начали привлекать пациентов из-за рубежа и проявлять интерес к медицинскому туризму как перспективному пути развития. Больницы сами определяют расценки на медицинские услуги, которые часто в разы выше прейскуранных, и это позволяет им хорошо зарабатывать на медицинском туризме. Пока активно включившихся в развитие медицинского туризма учреждений в Японии не так много. По большей части – это граждане Китая, приезжающие для прохождения комплексного осмотра и послеоперационного контроля, часто для курса лечения редкими и новыми лекарствами, которые трудно достать у себя на родине.

Иностранные специалисты в сфере медицинского туризма отмечают, что японские медучреждения мало внимания уделяют маркетингу, в частности сертификации на международном уровне, например, в получении сертификата от Объединенной международной комиссии (Joint Commission International, JCI), цель которой контролировать качество и безопасность предоставляемых медицинских услуг. Комиссия действует под эгидой американской независимой некоммерческой организации по аккредитации медицинских учреждений вне США. Сертификаты от этой комиссии уже получили более 300 больниц и клиник в 39 странах. Для этого медучреждение должно отвечать более чем тысяче условий и критериев, таких как инфекционный контроль, обеспечение безопасности больных и т. п. Для иностранных пациентов такой документ стал международным индикатором того, что больница соответствует высоким международным стандартам. В Сингапуре сертификаты имеют 15 медицинских учреждений, в Индии – 13, в Таиланде – 6, в Корее – 3, в Японии – только одно.

Правительство Японии начало рассматривать развитие медицины не только как внутреннюю социальную проблему, но и с учетом процесса глобализации. После изучения обстановки в июле 2009 года Министерство экономики и промышленности опубликовало директиву с рекомендациями подведомственным учреждениям о развитии медицинского туризма. Со своей стороны министерство начало проводить исследования, чтобы найти пути и возможности облегчения процедуры посещения и пребывания иностранцев в Японии. В этих целях по инициативе министерства летом 2010 года была приглашена первая группа иностранцев для прохождения комплексных медицинских осмотров в десятке японских больниц. Это было сделано с целью помочь больницам подготовиться к вхождению в прибыльный международный медицинский рынок. Но это комплексная задача, и министерство намерено в ближайшее время начать пилотную программу с участием двух консорциумов, включающих больницы, туроператоров, переводчиков и представителей других необходимых

бизнес-кругов. Консорциумы начнут отрабатывать прием пациентов из-за рубежа, по большей части из России, Китая, Гонконга, Тайваня и Сингапура.³⁷

Правительство Японии во всех мероприятиях по развитию медицинского туризма берет на себя только организационные функции и практически не вкладывает средств. При приеме первых пробных групп государством оплачивались лишь услуги переводчиков. Оплата медицинских процедур и дорожные расходы осуществлялись за счет приглашенных.

Примерно на таких же условиях к медицинскому туризму подключается и бизнес. Токийская компания, занимающаяся экспортом в Россию запчастей для японских автомобилей, 4 года назад начала заниматься приглашением и сопровождением граждан России, особенно с о. Сахалин, в японские больницы. Уже более 60-ти россиян воспользовались услугами компании и посетили Японию с целью, как правило, сделать сложную операцию. Компания получает с пациента только плату за переводческие услуги. Ее заинтересованность проявляется в эффективном использовании штата переводчиков. Все другие расходы несет клиент.

В Японии высказываются опасения, что развитие медицинского туризма может привести к ухудшению обслуживания собственных граждан, особенно в сфере акушерства и гинекологии, где наблюдается нехватка специалистов. Предполагается, что предпочтение будет отдаваться иностранцам, как приносящим доход учреждениям. Но скептики в меньшинстве. Их аргументы опровергаются тем, что прием пациентов из-за рубежа будет улучшать финансовое положение больниц. А рост доходов позволит расширить соответствующие отделения, повысить зарплату сотрудникам этих отделений, а также и младшему медицинскому персоналу. «Интернационализация медицинских услуг приведет к повышению общего уровня медицины в стране, и граждане Японии должны радоваться этому», – говорит Такаака Камэда, председатель совета директоров Медицинского центра Камэда.

По оценкам экспертов, уже в 2012-м году объем мирового рынка медицинских услуг достигнет 100 миллиардов долларов. Это означает, что около 50 миллионов пациентов будут выезжать за рубеж с целью получения доступного и качественного медицинского обслуживания. Поэтому у Японии много конкурентов, которые также рассматривают медицину как резерв экономического роста. Например, в Южной Корее в ежегодные ассигнования в медицинский туризм составляют около 4 млн USD. Параллельно упрощается визовый режим. В настоящее время для получения визы при связанной с медицинской услугой поездке достаточно письма с подтверждением от принимающего медицинского учреждения.

Южная Корея. Значительные инвестиции в экономику Южной Кореи позволили ей за последнее десятилетие выйти, по данным Международного Валютного Фонда, на 14-е место в мире по объемам внутреннего валового продукта, а по данным Мирового банка и ЦРУ – на 13-е место. Страна с 50-

³⁷ Тебин Н. Медицинский туризм. Медицинская газета № 94 от 14 декабря 2012 г. (Старший научный сотрудник Центра исследований Японии Института Дальнего Востока РАН).

миллионным населением и ВВП в размере 969 871 млн. USD или 19 400 USD на душу населения, что значительно расширило возможности финансирования проектов модернизации охраны здоровья населения. Параллельно с совершенствованием системы медицинского страхования в Республике Корея шла модернизация медицинской помощи. Эти факторы оказали существенное влияние на положительные изменения в состоянии здоровья корейцев. В частности, снизился коэффициент младенческой смертности и увеличилась продолжительность жизни. Конечно же, у корейцев изменился стиль жизни, улучшилось питание, паритет распределения доходов между богатыми и бедными, наблюдаются положительные сдвиги в решении проблем экологии, что также оказало влияние на показатели здоровья граждан Южной Кореи.

Финансирование медицинского страхования осуществляется путем сбора взносов. Страховой пакет одинаков для всего населения. Врачи больниц получают зарплату, а иногда им выплачиваются бонусы по достигнутым реальным результатам в улучшении здоровья пациентов. Уникальной особенностью корейской системы здравоохранения является то, что оказание медицинской помощи населению страны осуществляется главным образом в частном секторе здравоохранения. Частный сектор, который доминировал и ранее, до введения системы страхования продолжал расти вместе с ростом доходов на душу населения и расширением охвата медицинским страхованием различных социальных групп корейцев.

В корейской системе здравоохранения и медицинского страхования положительным моментом стало то, что поток ресурсов между правительством, потребителями медицинских услуг, корпорациями и производителями медицинских услуг стал «прозрачным» и контролируемым. В большинстве случаев пациент имеет возможность выбора госпитального или амбулаторного учреждения, причем, выбор распространяется как на частные, так и на государственные клиники.³⁸

Высокие цены на медицинские услуги в ряде стран АТР породили новый вид туризма – медицинский. Отправляясь в отпуск, люди все чаще совмещают отдых с лечением. Одной из ведущих стран в этой сфере услуг является Южная Корея. Традиционная корейская медицина в комплексе с превосходным оборудованием и сервисом получили признательность во всем мире.

Последние несколько лет правительство Кореи активно продвигает сегмент медицинского туризма, оценивая его как один из наиболее прибыльных секторов экономики. Так, например, было подписано соглашение с властями Абу-Даби в области здравоохранения, в рамках которого гражданам ОАЭ разрешалось проходить лечение в четырех госпиталях Сеула. По оценке властей Кореи, выполнение этого соглашения принесет стране ежегодный доход в размере 52 млн USD. Помимо этого, местные власти и заинтересованные органы предлагали ввести специальные медицинские визы, создать круглосуточные

³⁸ S. Yu, Recent Developments in Medical Care Delivery Systems in the Region: National Experience of the Republic of Korea, presented at the Eighth International Social Security Association Regional Conference for Asia and the Pacific, Seoul, South Korea, 18–22 April 1988.

медицинские call-центры. Спецвизы помогли Корее в 2011 году получить более 8-ми тысяч туристов из России, Китая, Монголии. Причем Россия оценивается Кореей как рынок с наибольшим потенциалом, поэтому офис по продвижению медицинского туризма совсем был недавно открыт во Владивостоке.

Правительство Южной Кореи поддержало развитие этого сектора туризма, создав компанию «Медицинская Корея», направленную на продвижение медицинских услуг в Корею для граждан других государств. По данным Министерства здравоохранения Кореи, в 2011 году страна приняла 110 тысяч иностранных медицинских туристов. Для сравнения, в 2010 году их было около 81,8 тысяч, а в 2007 году – менее 8 тысяч. Если отрасль будет развиваться по утвержденному плану, то к 2018 году их количество туристов составит 400 тысяч.

Здравоохранение Южной Кореи наряду с традиционной корейской медициной предоставляет иностранным гражданам услуги по следующим направлениям: общая диагностика, кардиохирургия, косметическая и пластическая хирургия, стоматология, офтальмология, гинекология, отоларингология, трансплантация органов, лечение злокачественных новообразований и другие. Различные пакеты услуг по оценке состояния здоровья могут включать все от элементарных анализов до глубоких исследований на всех уровнях (от электрокардиограммы до ранней диагностики опухолей).

Все привыкли к тому, что Сингапур стал медицинской столицей Азии. Сейчас Корея начала активно предоставлять свои медицинские услуги на рынке Дальнего Востока России. Сегодня уже сотни граждан России, большинство из которых жители субъектов РФ ДФО получают высокотехнологичную медицинскую помощь в корейских клиниках, таких как Госпиталь Святой Марии, Медицинский центр Самсунг (SMC), Медицинский центр Асан, Клиника восточной медицины Jaseng, «Конмаыль» и другие.

Южнокорейская медицина сегодня – это высококвалифицированные специалисты с международной репутацией, современные медицинские центры, оснащенные новейшим оборудованием, обеспечивающим передовые методы диагностики и лечения. Корейские медицинские учреждения предоставляют такие востребованные сейчас среди медицинских туристов услуги, как комплексное медицинское обследование, эстетическая хирургия, стоматология, операции по искусственному оплодотворению и многое другое. Кроме того, стоимость медицинских услуг в Корее ниже, чем в других странах, принимающих на обследование и лечение иностранных пациентов.

Сингапур – островное государство («Город-сказка», «Фантастический остров», «Страна воплощенной мечты», «Жемчужина Азии»), высокоразвитая страна с рыночной экономикой и низким налогообложением, в которой важную роль играют транснациональные корпорации. Численность населения 5 млн человек. Действительно, трудно найти страну, где бы так гармонично уживались вместе высокоразвитая экономика и древние культурные традиции; чистота и порядок на улицах, безопасность, отсутствие преступности и процветающее образованное население, новейшие достижения науки, техники и реальная сво-

бода конфессий. Внутренний валовый продукт Сингапура достиг 161,947 млрд USD (44-е место в мире). ВВП на душу населения составляет 51 649 USD (4-е место в мире).

Сингапур – это уникальная страна, которая является образовательным, финансовым, туристическим и портовым центром Азии. Сингапур снова занял 1-е место по легкости ведения бизнеса.³⁹ По мнению ВОЗ, система здравоохранения Сингапура – лучшая в Азии. По уровню развития она занимает шестое место в мире. Государство занимает 2-е место в мире по безопасности после Люксембурга, образовательная система признана одной из ведущих в мире. С каждым годом сюда приезжает все больше и больше молодежи из России и стран СНГ с целью изучения английского языка или получения высшего образования. Преимущества обучения в Сингапуре – британская система образования, повсеместное обучение на английском языке и стабильная экономическая ситуация.

Складывается ощущение, что на этом маленьком участке Земли собрано все лучшее, что есть сегодня в мире. Но не только это привлекает в Сингапур туристов со всего мира, а еще и высочайший уровень медицины. Государство инвестирует сотни миллионов долларов в систему здравоохранения и научные исследования в области медицины. Ведущие сингапурские госпитали по праву конкурируют с лучшими клиниками передовых стран Европы и Америки, имеют сверхсовременное оборудование и высококлассных специалистов практически во всех областях медицины. Все это сочетается с гостеприимством и с доброжелательностью врачей и всего медперсонала. Очень часто в госпитали Сингапура обращаются люди, которые отчаялись получить квалифицированную медицинскую помощь в других странах, и находят эту помощь именно здесь. Профессионализм, высокотехнологичность, качество, комфорт, доступные цены – вот синонимы медицины Сингапура.

Сингапур – ведущий медицинский центр Азии благодаря разветвленной сети медицинских учреждений и поставщиков сопутствующих услуг, медицинской техники, биомедицинских научных компаний, производителей фармацевтической продукции, а также научно-исследовательских институтов. Используя тесное взаимодействие всех звеньев цепи, Сингапур предлагает инновационные продукты, решения и системы, охватывающие весь спектр медицинских услуг. Начиная от медицинского оборудования, фармацевтических препаратов, пищевых добавок и до традиционных лекарственных средств, предлагаемые продукты производятся по строгим мировым стандартам, что гарантирует их качество и безопасность. Эти медицинские продукты экспортируются и хорошо признаются во всем мире. В области клинических услуг Сингапур имеет одну из наиболее эффективных и разветвленных систем здравоохранения в мире.

Первоклассное лечение достигается широкой больничной сетью, аккредитованной международной комиссией (Joint Commission International). Система здравоохранения Сингапура в партнерстве с производителями сопутствующих товаров предлагает иностранным клиентам широкий спектр решений, ко-

³⁹Всемирный банк, «Doing Business 2012».

торый включает обучение медицинского персонала, управление информацией, консалтинг и управление.

Система здравоохранения Сингапура, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, признана лучшей в Азии и одной из лучших в мире. Всемирно известные врачи, медицинское оборудование, основанное на последних достижениях науки, клиники с сервисом высочайшего уровня, прекрасный остров в тропиках, сам климат которого способствует восстановлению здоровья – вот что привлекает многих пациентов в эту страну. Неудивительно, что Сингапур ежегодно принимает более 400 тысяч медицинских туристов. Большая часть пациентов обслуживаются в клиниках компании Parkway Group Healthcare Pte. LTD.

В клиниках Сингапура получают медицинские услуги пациенты из многих стран мира (Тайвань, Индонезия, Малайзия, Россия, Казахстан, Украина, Индия, КНР, Гонконг, США, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Объединенные Арабские Эмираты). Лечение в Сингапуре удобно для иностранцев еще и потому, что английский является одним из государственных языков Сингапура, что во многом снимает коммуникативные проблемы, возникающие при лечении, например, в Корее или Японии. Для русскоговорящих туристов компании предоставляет переводчиков. В Сингапуре активно применяются биомедицинские исследования. Высококвалифицированные и опытные специалисты устанавливает жесткие стандарты для оценки лекарственных препаратов и медицинской техники. Ожидаемое увеличение доходов населения в странах АТР приведет к увеличению продаж на медицинском рынке Сингапура. Рост уровня благосостояния приведет к повышению уровня осведомленности и знаний о заболеваниях, а также уровня диагностики. В совокупности эти факторы в течение ближайших 5-7-ми лет приведут к увеличению на 20 % числа пациентов в клиниках из приграничных государств. Увеличение количества пациентов – потенциально одна самых значительных возможностей, на которую рассчитывает сингапурский медицинский рынок.

Таиланд – развивающаяся аграрно-индустриальная страна, экономика которой находится в сильной зависимости от иностранного капитала. Основа экономики – сельское хозяйство (дает около 60 % валового национального продукта) и относительно развитая горнодобывающая промышленность. Таиланд с большим отрывом лидирует по экономической мощи среди стран Индокитая и чуть проигрывает Малайзии, Сингапуру и Индонезии. Страна прочно стоит на ногах и занимает в мире положение, сравнимое с Россией, в списке стран-лидеров со средним уровнем развития.

Таиланд – азиатский дракон так называемой «второй волны». Первыми были в 60-70-е годы Корея, Япония, Тайвань и Гонконг. В 80-90-е за ними пошли Таиланд, Малайзия, Сингапур и Индонезия. ВВП Таиланда составляет \$150 млрд – это 33-е место в мире, это около трети ВВП России. ВВП на душу населения — \$2 309, ВВП по ППС — \$7 580. Туризм приносит стране около 6 % ВВП. Через международный аэропорт в Бангкоке Таиланд связан со многими

странами Европы, Азии, Америки и Австралии ежедневными регулярными рейсами.⁴⁰

Таиланд – одно из наиболее популярных среди туристов мест для отдыха, где они могут насладиться райскими пляжами и потрясающими природными пейзажами. Путешественников привлекает богатая и красивая культура и изысканная кухня, а местные жители дружелюбны и приветливы к иностранцам. Если бы положительные аспекты туристической отрасли не отражались на медицинской сфере, оздоровительный туризм в Таиланде не был бы развит настолько сильно. Так как Таиланд – популярное туристическое направление, высокий уровень обслуживания стал одним из факторов успеха для медицинского туризма.

По официальным данным, 20 % иностранцев, посещающих страну, едут сюда с целью получения медицинских услуг. Таиланд известен не только великолепными пляжами, но и качественной системой здравоохранения.⁴¹ Правительство страны уделяет много внимания развитию медицинского туризма, ведь в Таиланд каждый год прибывает более 1,5 млн туристов с целью лечения и диагностики своего здоровья. Растет поток пациентов и из России.

Так, за 2011 год Таиланд посетило более 840 тысяч россиян, что на 50 % больше, чем в 2010-м. Интересен тот факт, что сейчас Россия занимает первое место в Таиланде по численности туристов среди европейских стран. На ее долю приходится около 18 % от всего потока туристов. Следом идет Англия – 17 % и Германия – 12,4 %. Более того, в 2012 году тайские власти рассчитывают, что поток российских туристов достигнет одного миллиона человек.

Поскольку многие россияне даже не подозревают о медицинских возможностях Таиланда, в стране стартовал проект, в рамках которого туристы из России смогут пройти медосмотры в стране, воспользовавшись выгодными предложениями местных медицинских учреждений по ценам внутреннего рынка. На территории страны работает около 400 медучреждений.⁴² Страна гордится своим крупнейшим госпиталем, который первым в Азии получил сертификат международной организации по стандартизации и аккредитации JCI. На сегодняшний день 14 клиник Таиланда имеют такую аккредитацию.

В сфере медицинского туризма в Таиланде в основном представлены частные медицинские учреждения. Врачи в Таиланде стремятся попасть на работу в международные больницы, так как в них они могут зарабатывать на 70 % больше, чем в государственных больницах. Ведущие медицинские учреждения Таиланда – Международная клиника «Бумрунград», группа компаний «Бангкок Хоспитал Груп» и клиники «Самитивей». Данные ЛПУ получают все большую известность за рубежом.

⁴⁰<http://www.gecont.ru/>.

⁴¹ Damrongplisit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469.

⁴² Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629.

В последние годы в частном секторе Таиланда возникает все больше медицинских учреждений, которые стоят на одной ступени с ведущими клиниками мира.⁴³ Врачи в Таиланде, как правило, имеют высокую квалификацию и большой опыт. Многие из них получили профессиональные сертификаты в США или Европе. Несмотря на это, большинство врачей в клиниках Таиланда являются узкими специалистами. К сожалению, система здравоохранения в Таиланде в значительной мере основана на узкоспециальной медицине. Как следствие, врачам-специалистам трудно диагностировать неопасные болезни или сочетание нескольких заболеваний.

Некоторые врачи в Таиланде, в том числе терапевты и хирурги различных специальностей, работают в нескольких клиниках одновременно. В этом случае им приходится перемещаться между различными больницами по всему Таиланду, иногда при этом имея собственную частную медицинскую практику. Тем не менее, врачи и медицинские работники в Таиланде намного более внимательны к пациентам, чем их коллеги на Западе.

Некоторые тайские клиники обслуживают исключительно зарубежных пациентов, в других – доля иностранцев составляет 30-50 %. Лечение в Таиланде обходится сравнительно дешево по отношению к другим странам. Таиланд славится сердечной-сосудистой хирургией и хирургией глаза. Востребована россиянами педиатрическая кардиология. Тайские специалисты с успехом проводят коррекцию всех видов врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы у детей и подростков. Бангкокский почечный центр – один из лучших мировых центров по трансплантации почек. Здесь на высшем уровне проводят хирургические лечения всех видов опухолей, а также безболезненное удаление камней из почек, мочеточников и мочевого пузыря. Но все-таки безусловным лидером медицинского туризма здесь остается эстетическая хирургия. Пациентам доступны современные технологии для коррекции физических дефектов и деформаций лица, косметическая и эстетическая коррекция лица, молочных желез, талии, бедер и ягодиц, операции по изменению пола и другие виды современной пластической хирургии.

Цены на проводимые здесь операции, в сравнении с аналогичными в США, Европе и России, ниже на 50-60 %. К примеру, операция по увеличению груди в Таиланде обойдется пациентке примерно в 1 100 долларов США (обычно в эту стоимость входят и имплантаты). Липосакция будет стоить около 600 долларов США за одну процедуру, операция по подтяжке лица – 900 долларов США, а ринопластика – около 400 долларов.⁴⁴

В заключении следует отметить, что рынки здравоохранения отдельных стран АТР, как и здравоохранения Российского дальнего Востока, несмотря на определенный уровень достижений, отражают и относительно высокий уровень системной неэффективности отрасли. Системы здравоохранения большинства стран постоянно теряют финансовые ресурсы. В недавнем докладе Научно-

⁴³ Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. Bulletin of the World Health Organization, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360

⁴⁴ Medical & Health Tourism Magazine, 2012. №6. adv@nexensa.ru

исследовательского института здоровья компании Pricewaterhouse Coopers подсчитано, что более половины общего ежегодного объема финансирования здравоохранения США, составляющего более двух трлн долларов США, тратится впустую.⁴⁵ В докладе, подготовленном агентством Thomson-Reuters говорится о меньшей, но все же значительной сумме в 600-850 млрд долларов США в год.⁴⁶ Европейская сеть по борьбе с мошенничеством и коррупцией в сфере здравоохранения утверждает, что из суммы 5,3 трлн долларов США, расходуемой ежегодно в мире на здравоохранение, чуть меньше 6 %, или примерно 300 млрд долларов США, теряются только в результате ошибок и коррупции.⁴⁷

В то время как у многих стран уровень вышеуказанных потерь значителен, большинство, если не все, не используют в полном объеме имеющиеся ресурсы в силу плохого функционирования системы закупок, иррационального расходования медикаментов, нецелевого использования и плохого управления человеческими и техническими ресурсами или из-за фрагментарности финансирования и администрирования. Все эти недостатки не являются неизбежными, а у неэффективности много оттенков. Некоторые страны, используя свои средства, достигают более высокого уровня охвата и лучших показателей состояния здоровья, чем другие страны, а расхождение между тем, чего страны добиваются и чего они могли бы потенциально достичь при одних и тех же ресурсах, иногда огромно.⁴⁸

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире (Финансирование систем здравоохранения)⁴⁹ подготовленном под общим руководством Carissa Etienne, помощника Генерального директора ВОЗ указано на 10 основных источников неэффективности. Первые три места среди прочих, по мнению авторов доклада, занимают проблемы лекарственного обеспечения.

- I. Недостаточное использование дженериков и установление завышенных цен на лекарства. Причиной этого является недостаточный контроль над деятельностью поставщиков, врачами, выписывающими рецепты и фармацевтами. Неэффективные системы закупки/распределения в сочетании с неадекватной налоговой политикой, что формирует чрезмерные наценки на лекарства.*
- II. Использование некачественных и поддельных лекарств, связанное с неадекватными фармацевтическими регулятивными структурами/механизмами в сочетании с неадекватными системами закупок.*
- III. Неэффективное использование лекарственных средств из-за наличия ненадлежащих стимулов для врачей, выписывающих рецепты в*

⁴⁵ Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? Thomson Reuters, 2009 (<http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf>, accessed 06 July 2010).

⁴⁶ The price of excess: identifying waste in healthcare spending. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (<http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>, accessed 7 July 2010).

⁴⁷ The financial cost of healthcare fraud. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 ([http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf), accessed 2 July 2010).

⁴⁸ Roses M. Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe. – 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPolitica-Social OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).

⁴⁹ The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – 2010.

сочетании с неэтичными методами продвижения лекарств на фоне ограничения осведомленности об их терапевтических эффектах.

По мнению авторов доклада в развитых странах бюджеты сокращаются, и все заинтересованные стороны ищут действенные решения существующих проблем. Фармацевтические компании должны уже сейчас приносить реальную пользу плательщикам за медицинские услуги и пациентам, чтобы показать, на что они способны, и возродить доверие к отрасли. В быстроразвивающихся странах компании обязаны реагировать на растущие потребности населения со всей ответственностью, с учетом демографического и культурного многообразия.

Международный фармацевтический рынок в последние годы демонстрирует стабильный рост. Только в 2011 году объем продаж достиг 1,08 триллиона долларов США. Ежегодный прирост составляет 7,8 %. В то же время рост в развитых странах оказался весьма незначительным, но совсем другая картина наблюдалась в быстроразвивающихся странах. Объем продаж в странах БРИК (Бразилия, Китай, Индия и Россия) вырос на 22,6 %, а в других 13 развивающихся странах – на 7,2 %. Спрос на лекарственные препараты на быстрорастущих рынках, на долю которых к 2020 году будет приходиться 33 % мирового ВВП, вырастет к этому моменту более чем в два раза. Прогнозируемые объемы продаж в России в 2020 году составят порядка 45,1 млрд долларов США, тогда как в 2011 году этот показатель был равен 20,7 млрд долларов США. Самый большой спрос на лекарственные препараты ожидается в Китае, где объем продаж в 2020 году, согласно прогнозам, будет находиться на уровне 175,8 млрд долларов США.⁵⁰

Как ожидается, большая часть прогнозируемого роста объемов продаж в фармацевтической отрасли в течение следующего десятилетия будет приходиться на дженерики, а не на патентованную продукцию. Дополнительные расходы на приобретение дженериков в России в 2020 году составят 10,9 млрд долларов США, а на приобретение патентованной продукции – не превысят 3,9 млрд долларов США.

По данным аналитиков фармацевтического рынка, в настоящее время свыше 85 % бюджета отрасли здравоохранения в развитых странах идет на услуги в области здравоохранения и менее 15 % – на лекарственные препараты. Поэтому, если фармацевтическая отрасль сумеет добиться снижения расходов на дорогостоящие медицинские услуги и процедуры, то ее доля в общих расходах на здравоохранение в этих странах может вырасти до 20 % к 2020 году.

В быстроразвивающихся странах расходы на лекарства растут намного быстрее, чем где бы то ни было. В совокупности этот показатель может достигнуть 499 млрд долларов США в год к 2020 году против 205 млрд долларов США в 2011 году, так как экономический рост и улучшение доступа к услугам здравоохранения стимулируют рост спроса.

⁵⁰ По данным нового отчета Международной аудиторской компании PricewaterhouseCoopers (PwC) «Фарма-2020: от идеи к действию» (прим. авторов).

В то же время пациенты в быстроразвивающихся странах, как правило, вынуждены самостоятельно оплачивать большую часть затрат на услуги здравоохранения по сравнению с пациентами в развитых странах. И даже в странах блока БРИК, где отмечен самый высокий показатель роста, расходы на услуги здравоохранения на душу населения слишком низки для поддержки разработки и выпуска биопрепаратов, цена на которые составляет тысячи долларов. По данным аналитиков, отрасли необходимо перераспределить свои расходы и вкладывать больше средств в научные исследования и разработки на раннем этапе, чтобы справиться с ростом затрат.

9.4. Дальневосточный фармацевтический рынок и его регулирование

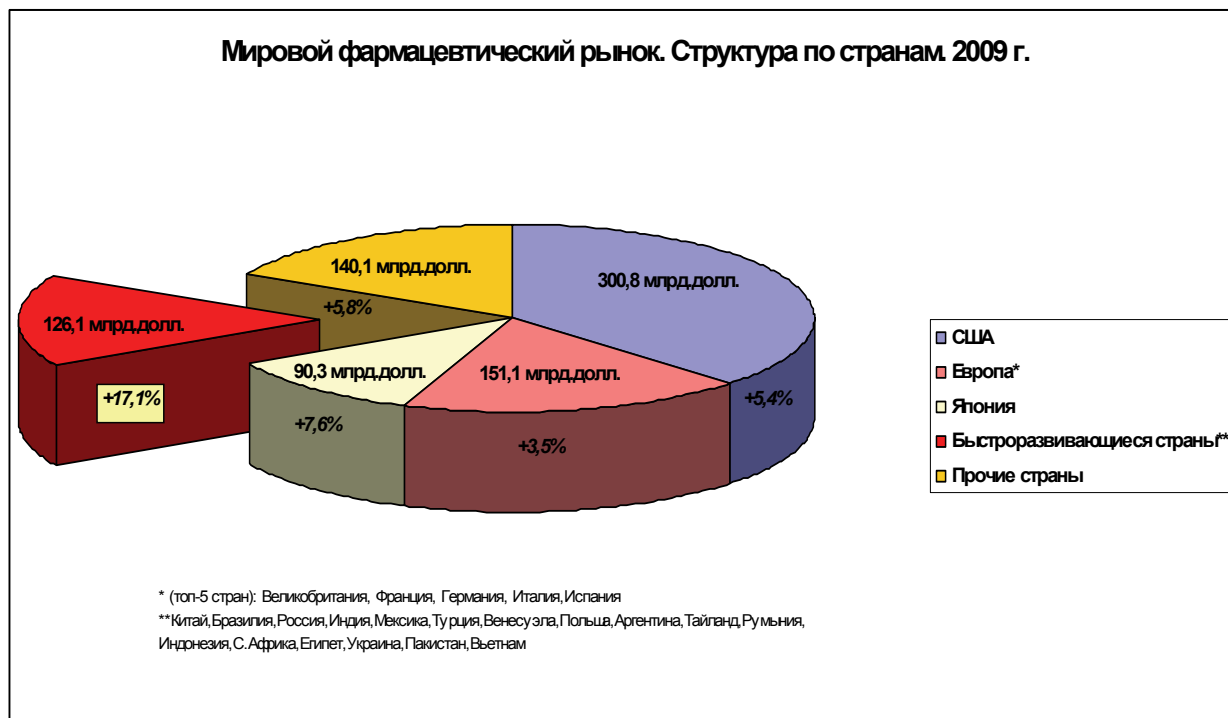
Медицинская помощь представляет собой одну из разновидностей социальной услуги, ее предоставление в современных социально-экономических условиях постепенно создает и формирует соответствующие рыночной экономике новые технологии удовлетворения потребностей граждан в товарах и услугах; возможно применение методологических, методических и технических приемов маркетинга.⁵¹ Маркетинг в здравоохранении – это система принципов, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителя и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителем. Его необходимо понимать шире, а именно как концепцию влияния, как социальную технику, которая преодолела свой специфический сбытовой характер и стала ключевой характеристикой в рамках управления системой оказания медицинской и фармацевтической помощи населению. Рынок лекарственных препаратов напрямую связан с маркетинговыми принципами медицинской помощи населению региона в новых социально-экономических условиях.

Мировой фармацевтический рынок и Россия. По данным международной исследовательской компании IMS Health объем мирового фармацевтического рынка имеет тенденцию к росту. Мировой фармацевтический рынок условно можно разделить на 5 блоков. Прежде всего, это США – лидер мирового фармрынка с объемом продаж более 300 млрд долларов в год, далее топ-5 европейских стран, которые аккумулируют чуть более 150 млрд долларов в год, затем Япония, объем фармрынка которой составляет более 90,3 млрд долларов в год. Важная составляющая глобального фармацевтического рынка – так называемые «быстроразвивающиеся фармацевтические рынки», объединенные в одну группу, в которую входят около двух десятков стран. Особенностью данной группы является высокий темп роста объема рынка (рис. 74).

Рынок России является лишь небольшой частью мирового фармацевтического рынка. По итогам 2009 года, несмотря на глобальный экономический кризис, мировой объем продаж лекарственных средств вырос на 5 % и составил 280 млрд долларов. Доля России в этом объеме ничтожно мала и составляет

⁵¹ Решетников А.В. Социология медицины. – М., 2002. 975 с.

всего лишь 1,4 %. В то же время следует отметить, что рост мирового рынка в 2009 году более скромнен по сравнению с предыдущими годами. Стоит отметить, что и основные фармацевтические державы растут темпами, сравнимыми с ростом рынка в целом. Исключением является Китай и Бразилия, потребление лекарств в этих странах растет заметно выше, чем в других странах.



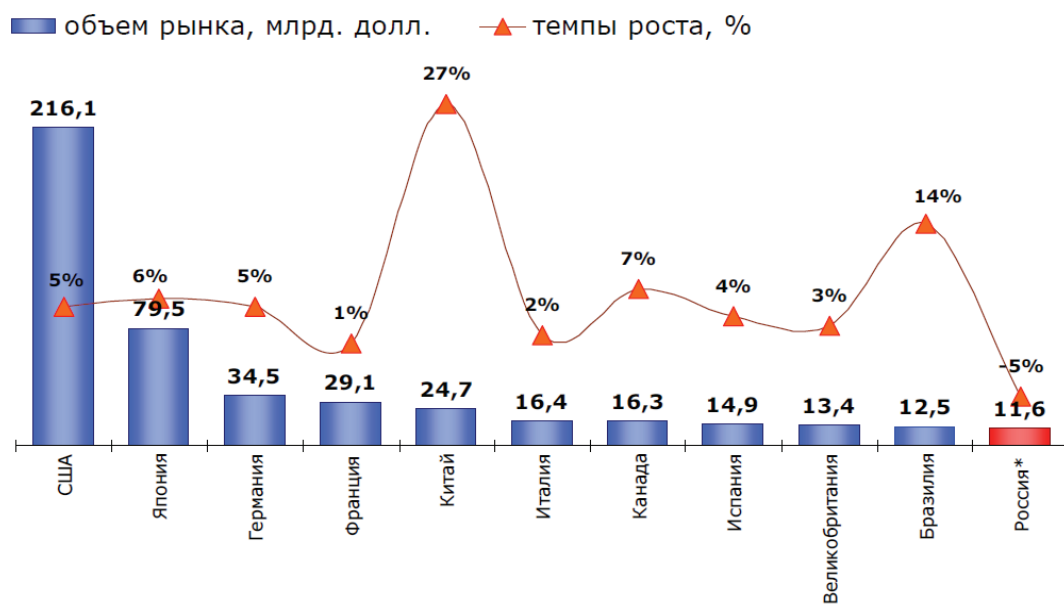
*Рис. 74. Структура мирового фармацевтического рынка
(Источник: журнал «Ремедиум», № 1, 2011 г.)*

Такая тенденция наблюдается на протяжении последних нескольких лет. Это позволило фармацевтическому рынку Китая подняться на 5-е место в рейтинге 2009 года, а Бразилия вытеснила РФ с 10-го места. Теперь российский фармацевтический рынок занимает 11-е место в этом рейтинге (рис. 75).

Следует признать, что высокие темпы роста, которые российская экономика демонстрировала в 2000–2008 гг., во многом базировались на исключительно благоприятной внешнеэкономической конъюнктуре. Внешний фактор, связанный как с высокими ценами на нефть и металлы, так и возможностью значительного увеличения объемов экспорта энергоресурсов, что объясняло более половины экономического роста. В целом, после завершения стагнации народного хозяйства 90-х годов, российская экономика после 2000 года росла в среднем на 6 % от ВВП в год, доходы населения – более чем на 10 % в год.

Задача выхода России на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктует новые требования к системе здравоохранения. Несмотря на то, что фармацевтический рынок РФ входит в ведущие фармацевтические рынки мира, потребление лекарственных средств на душу населения относительно низкое (рис. 76). В этой связи следует отметить, что одной из задач, поставленных правительством России, является доведение этого показате-

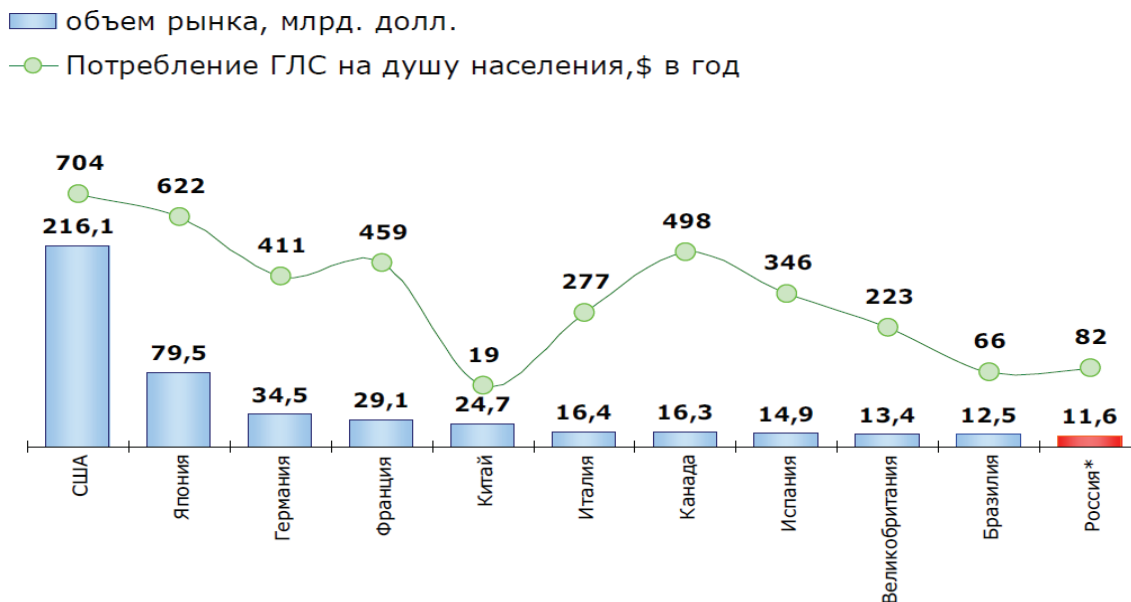
ля до среднеевропейского. Таким образом, в ближайшие 10 лет среднедушевое потребление лекарств может вырасти в 4 раза, что связано с признанием ценности здоровья в системе приоритетов общества.



* Объем фармрынка России – за 2009 г., по данным DSM Group.
Остальные рынки по данным IMS Health за декабрь 2008 года – ноябрь 2009 года

Источник: IMS Health, DSM Group. ISO 9001:2000
Примечание: аптечный рынок ГЛС = коммерческий сегмент ГЛС + ДЛО

Рис. 75. Рейтинг ряда мировых стран по объему розничного рынка ГЛС в 2009 г.



Источник: IMS Health, DSM Group. ISO 9001:2000
Примечание: аптечный рынок ГЛС = коммерческий сегмент ГЛС + ДЛО

Рис. 76. Потребление ГЛС в России и других странах мира в 2009-м году на душу населения (\$ в год)

На этом фоне возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения, благодаря развитию которых существенно повышаются возможности реального влияния на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

Для достижения запланированных показателей предусматривается за 2008–2020 годы увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в структуре ВВП с 3,6 до 5,2–5,5 % (с учетом различий в паритете покупательной способности рубля и валют других стран доля государственных расходов на систему здравоохранения в ВВП составит около 10–11 %, что сопоставимо с показателями экономически развитых стран). Поставлена задача покрывать к 2020 году 50 % объемов рынка ЛС продукцией отечественных производителей.

Фармацевтический рынок стран АТР и России. На Дальнем Востоке России о таких темпах роста сегодня можно только мечтать, хотя в некоторых соседних по Азиатско-Тихоокеанскому региону странах, таких как Китай, Тайбэй, Япония, Южная Корея, Гонконг и другие наблюдались аналогичные или даже более высокие темпы экономического роста. Конечно экономический рост отражается на формировании рынков потребления, в том числе и потреблении лекарственных средств, т. е. и на объеме продаж лекарственных средств в различных государствах АТР.

Причем это было связано не столько с ростом заболеваемости населения, сколько с совершенствованием оказания медицинской помощи в основном по направлениям ранней, донозологической диагностики патологических состояний, профилактики широкого спектра заболеваний и формированием стратегии поддерживающей терапии при значительном числе болезней эндокринной, сердечно-сосудистой, костно-мышечной и других систем. Увеличение доступности качественной фармацевтической помощи формировалось как с позиций государственных структур, так и с позиций семьи и ее членов. И те и другие были вынуждены увеличивать свои расходы на приобретение лекарственных препаратов для достижения высоких результатов качества жизни общества в целом и отдельных его членов в частности.

Следует отметить, что тенденция роста фармацевтического рынка в странах АТР с высокой степенью вероятности будет сохраняться в динамике в последующее десятилетие не только за счет роста цен, но и за счет роста количества употребляемых населением региона медикаментов. Подъем экономики, большая скорость прироста населения, все большая доступность медицинской помощи являются характерными признаками развития здравоохранения стран АТР. Лидерами среди десяти анализируемых стран являются Китай, Индия и Южная Корея (рис. 77). Ситуация на фармацевтическом рынке Дальнего Востока России не повторяет тенденции, сложившиеся в Китае, Индии, Южной Корее и других странах, поскольку экономическая ситуация в регионе иная и во многом зависит от общероссийских тенденций.

Во втором десятилетии XXI века отечественная экономика подходит к поворотному рубежу в связи с усилением ограничений по экспортной инфраструктуре, сокращением свободных экономически эффективных резервных мощностей и исчерпанием запаса ценовой конкурентоспособности, созданной падением курса рубля в период кризиса 1998 года. На фоне постановки задачи удвоения ВВП страны за первое десятилетие XXI века и ответа на растущие вызовы глобальной конкуренции нарастает критическая масса нескольких факторов.

- ✓ *Исчерпание потенциала ресурсно-ориентированной модели развития из-за усиления ограничений по добыче экономически эффективных природных ресурсов и экспортной инфраструктуре.*
- ✓ *Сокращение запаса свободных мощностей. При сложившейся динамике выбытия и вводов основных фондов на рубеже 2012–2020 годов резко усилятся пределы повышения загрузки старых мощностей, что обуславливает необходимость перехода к значительно более капиталоемкому пути развития.*
- ✓ *Сохранение структурной уязвимости российской экономики к колебаниям конъюнктуры мировых сырьевых и топливных рынков из-за высокой доли нефтегазового и экспортно-сырьевого секторов в структуре экономики.*

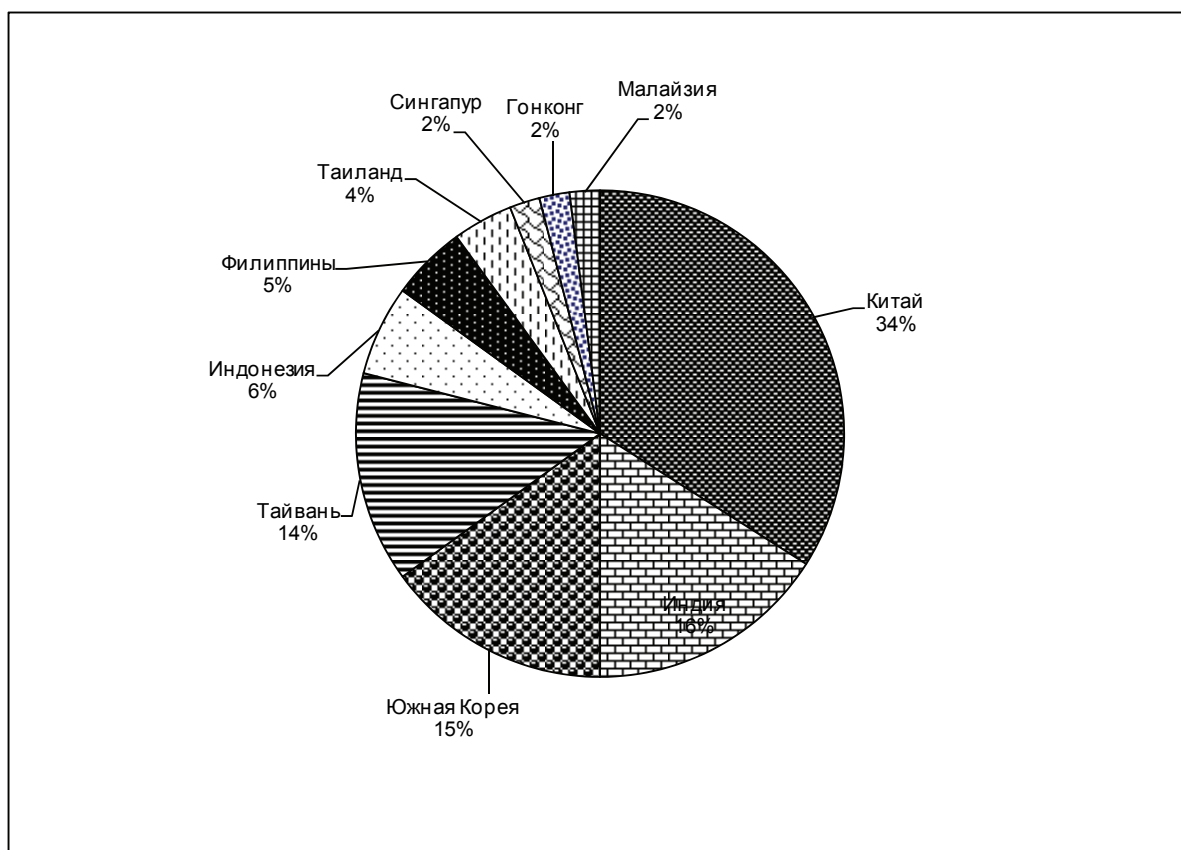


Рис. 77. Структура объема продаж на фармацевтическом рынке стран Азиатско-Тихоокеанского региона, % (Источник: IMS Health, 2006)

На таком фоне сложно удерживать темпы роста финансирования Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению (ПГГ). Общий объем государственных расходов на здравоохранение в 2011 г. составил 1 933 млрд руб., что на 13,1 % ниже, чем в предыдущем году. Значительно увеличились расходы на амбулаторную (88 %) и санаторно-оздоровительную помощь населению (81 %). Несмотря на реализацию в 2011–2012 гг. Региональных программ модернизации здравоохранения с соответствующим их финансированием, для экономически депрессивных регионов Российской провинции финансовое обеспечение ПГГ остается первоочередной задачей, что оказывает влияние на формирование региональных фармацевтических рынков.

В конце 2010–2011 гг. был принят ряд важнейших законопроектов, направленных на преобразование системы здравоохранения в РФ, в т.ч.:

- ✓ закон «Об обращении лекарственных средств» (вступил в силу в сентябре 2010 г.), целями которого названы повышение доступности и качества ЛС и стимулирование отечественного фармпроизводства;
- ✓ закон «Об обязательном медицинском страховании» (вступил в силу с начала 2011 г.), предоставляющий право выбора и замены страховой медицинской организации и возможность получения медицинских услуг независимо от места жительства. В течение 2011–2012 гг. страховые взносы в фонд ОМС должны увеличиться на 2 %, что обеспечит 460 млрд руб. дополнительных средств для направления в программу модернизации здравоохранения, нацеленную на повышение качества и доступности медицинской помощи;
- ✓ закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вводящий ряд дефиниций, которые раньше не были законодательно установлены (в т. ч. понятия паллиативной помощи, платных медицинских услуг, орфанных заболеваний), а также устанавливающий ряд нововведений, касающихся прав и обязанностей медицинских организаций, медицинских работников и пациентов. Применительно к фармрынку, он ограничивает сферу деятельности медпредставителей.

Что же относительно тенденций, то в числе тенденций характеризующих отечественный фармацевтический рынок, следует отметить что:

- ✓ начавшийся рост цен на лекарственные средства. Индекс Ласпейреса в среднем по рынку составил 101,3 % (прирост цены на 1,3 %); при этом цены на ЖНВЛП снизились на 4 %, на не ЖНВЛП выросли на 2,9 %;
- ✓ снижение продаж ЛС низкого ценового сегмента (менее 75 руб./упак.) и увеличение продаж дорогих ЛС (выше 600 руб./упак.).⁵²

⁵² Зайченко Е. (Отдел математического моделирования и прогнозирования) Итоги развития фармацевтического рынка в РФ в 2011 г. и прогноз на 2012 г. – Фармэксперт, Аналитика и Консалтинг, 14.05.12.

Восстановление рынка в течение 2011 г. было обусловлено как государственными мерами, направленными на обеспечение доступности социально значимых товаров (сдерживание цен), так и сравнительно стабильной макроэкономической ситуацией, что повысило уровень потребительского доверия в сравнении с показателями предыдущего года.

На фармацевтическом рынке Дальневосточного федерального округа представлено значительное число производителей практически всех форм собственности, формируется высокий уровень конкуренции во всех территориях региона, что находит свое отражение в уровне доступности, качества и безопасности лекарственных препаратов для населения. Вполне естественно значительная часть крупных поставщиков лекарственных средств стремится к монополии за счет поглощения мелких компаний, включения демпинговых механизмов, различных вариантов рекламных компаний, ангажирования лечащих врачей, которые рекомендуют пациентам применять препараты именно этой фирмы и т. п. Фармацевтический рынок требует внедрения регулирующих механизмов со стороны органов исполнительной и законодательной власти региона, в частности с точки зрения антимонопольной политики, рационального ценообразования и формирования открытых конкурсов на закупку лекарств и средств медицинского назначения.

Тем не менее, в реальных условиях реформирования производства медицинских и фармацевтических услуг населению Дальнего Востока России, формирования значительного числа негосударственных ЛПУ и аптечных учреждений, финансовый риск, как и в любой другой отрасли народного хозяйства, где «поднимает голову» частный сектор, ложится, в первую очередь, на плечи потребителей медицинских и фармацевтических услуг. Что же относительно производителей, то их риски сегодня минимальны, поскольку отечественное здравоохранение в дальневосточном регионе до сих пор сохраняет высокий уровень монополизации.

Закупка лекарств является комплексным многоэтапным процессом, в котором принимают участие организации различных форм собственности, отраслевые министерства, а также производители лекарственных средств. Следует отметить определенный уровень несовершенства законодательных и нормативных актов РФ, регулирующих эту сферу деятельности, а также наличие структур, препятствующих эффективному функционированию и поступательному развитию системы закупки фармацевтических препаратов и средств медицинского назначения.

В реальной ситуации в ДФО для эффективного управления этой деятельностью внедряются процедуры, позволяющие осуществлять отбор наиболее экономически эффективных основных лекарственных средств, предназначенных для борьбы с распространенными заболеваниями. Это дополняется количественным расчетом потребностей в фармацевтических препаратах, предварительным отбором поставщиков, формированием системы управления закупками лекарственных средств, мониторингом деятельности поставщиков и др. Если система этих процедур дает сбой из-за личной заинтересованности ответст-

венных лиц или блокады гласности, то сокращается число участников торгов, ограничивается выбор и повышаются цены на лекарства. Региональным руководителям различного уровня пока не хватает опыта организации системы закупок, адаптированной к условиям рынка, что требует совершенствования механизмов комплексного подхода к стратегии закупок лекарственных средств.

В случаях, когда отсутствует или искажается объективная информация о наличии лекарственных средств на рынке, конкурентоспособных ценах на них, качестве медикаментов и оценке деятельности поставщиков, это приводит к ситуации, когда приобретаются лекарственные препараты низкого качества по завышенным ценам. Отсутствие подготовленных маркетологов в региональной системе закупок лекарственных средств может обречь ее функционирование на неудачу.

В различных странах с переходной экономикой (страны СНГ) в течение последних лет реализуются рекомендации Межведомственной фармацевтической координационной группы. В состав этой группы входят эксперты ЮНИСЕФ, Фонда ООН по народонаселению (ЮНФПА), ВОЗ, Всемирного банка и т. п. Эксперты этой группы исходят из того, что страны с переходной экономикой не имеют достаточного уровня финансовых средств для закупки лекарств в необходимом количестве и ограничивают перечень медикаментов.

Для отбора приоритетных и уменьшения объема закупки лекарственных средств эксперты рекомендуют использовать ряд методик. Например, «VEN-анализ» (vital, essential and non-essential drugs – жизненно важные, основные и неосновные лекарственные средства), «ABC-анализ» (распределение лекарственных средств на 3 группы в зависимости от объема их потребления в течение года), анализ клинико-фармакологических групп и другое. При уменьшении объема закупок лекарственных средств обязательно проводится предварительный VEN-анализ.⁵³

В качестве доступной и сравнимой методологии изучения потребления медикаментов ВОЗ рекомендует использовать методику «определения дневных доз» – DDD (Defined Daily Doses) в качестве единицы измерения при оценке потребления лекарственных средств, разработанную специалистами из Норвегии, взявших за основу существовавшую ранее классификационную систему Европейской ассоциации по изучению фармацевтического рынка (EPhMRA).⁵⁴

В территориях ДФО накоплен значительный опыт по проведению закупок лекарственных средств, медицинской техники и оборудования различными ведомствами, региональными администрациями и отдельными ЛПУ. В то же время имеется масса негативных примеров как в России, так и за ее пределами,

⁵³Estimating drug requirements: a practical manual, WHO, Geneva, 1988, WHO/DAP/88.2.

⁵⁴ Сотрудники Норвежского аптечного склада сначала разработали классификацию АТС (Anatomical Therapeutic Chemical), положив в ее основу существовавшую ранее систему Европейской ассоциации по изучению фармацевтического рынка (EPhMRA), а также предложили методику «определенных дневных доз» (Defined Daily Doses – DDD) в качестве единицы измерения при оценке потребления лекарственных средств. В последующем ЕРБ ВОЗ рекомендовало эту методику для изучения их потребления и с 1996 г. решает проблемы сопоставимости оценок АТС/DDD в различных странах (прим. автора).

когда основным критерием для определения победителей тендеров была цена лекарственных средств, без учета их качества.⁵⁵

Причиной неудач при формировании закупок лекарственных средств в Дальневосточном регионе являются случаи, когда не проводится разделение функций и полномочий, а сам процесс закупки в значительной степени подвержен влиянию различных заинтересованных лиц. В таких случаях руководители, ответственные за закупки медикаментов, проводят необъективный отбор лекарственных средств, манипулируют заказами для увеличения объемов закупки определенных лекарственных препаратов, принимают необъективные решения при выборе поставщиков или победителя тендерных торгов, чем ограничивают здоровую конкуренцию.

Любая система здравоохранения работает в условиях ограничения ресурсов, что формирует необходимость правильного выбора в условиях рынка. Здесь работает принцип – «достижение максимального результата при минимальных затратах». Наиболее эффективным методом снижения затрат на закупку лекарственных средств является использование ограниченного перечня лекарственных препаратов для регулярной закупки за счет бюджетных средств, который составлен на базе формулярного перечня. Этот метод уже более 20-ти лет используют во многих экономически развитых и развивающихся странах. Объем заказа основывается на точной оценке реальной потребности в лекарственных препаратах, что позволяет избежать дефицита одних и избытка других лекарственных средств.

Динамичное развитие регионального фармацевтического рынка обусловило резкое увеличение числа поставщиков лекарственных средств. Следствием стремительного расширения оптового сектора стал рост многообразия лекарственного ассортимента за счет поступления на рынок препаратов, которые являются аналогами по составу, дозировке, схеме применения, другим параметрам и отличаются друг от друга только торговыми (фирменными) названиями. Более 75 % из всех лекарственных средств на Дальнем Востоке приходится на долю генерических лекарственных средств.⁵⁶ Число синонимов (торговых названий) у некоторых из них исчисляется единицами и десятками. Это создает путаницу на рынке как у пациентов, так и у врачей. Нами выявлены десятки случаев, когда пациента лечили двумя одинаковыми по составу, но разными по генерическому названию, препаратами. В этой связи достаточно важным условием производства генериков является соответствие стандартам GMP (Good Manufacturing Practice). Информация по генерическим лекарственным средствам сегодня доступна в достаточном объеме, чтобы не делать элементарных ошибок.⁵⁷

⁵⁵ Сур. С. Организационные принципы надлежащего снабжения лекарственными средствами // Еженедельник «Аптека», № 2 (273) от 15.01. 2001.

⁵⁶ Термин «генерик» употребляется во всех случаях, когда речь идет о непатентованном воспроизведенном препарате. Главным преимуществом генериков является более низкая стоимость, что делает их привлекательными для нужд ЛПУ и населения. Антибактериальные препараты-генерики применяются для лечения инфекционной патологии, что обуславливает их возрастающий уровень продаж и динамики потребления (прим. авторов).

⁵⁷ Информацию о сравнительных международных ценах на генерики при поставках разными некоммерческими организациями можно найти в справочнике International drug price indicator guide (ежегодно переиздается орга-

В последние годы проведено множество международных исследований, которые выявили существенные различия в назначениях антибиотиков в амбулаторной практике и в условиях стационаров. Так, по данным европейского проекта по изучению использования антибиотиков (ESAC) имеются сведения о том, что во Франции используют в три раза больше антибиотиков, чем в Голландии (32,2 DDD/1 000 населения и 10 DDD/1 000 населения соответственно). К сожалению, количество информации, пригодной для сравнений отдельных регионов России по этим показателям, недостаточно, и причиной этого отчасти является небольшое число исследований, проводимых в соответствующем формате.⁵⁸ Увеличение числа исследований в формате DDD (defined daily dose) позволило бы выявить определенные закономерности регионального рынка лекарственных препаратов, а также вплотную приблизиться к прогнозированию потребности в них населения и ЛПУ. Причем прогнозирование потребления следует рассчитывать с учетом параметров ожидаемых изменений в структуре заболеваемости, влияния сезонных факторов, уровня медицинского обслуживания, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, сложившихся региональных особенностей назначения лекарственных средств и структуре обращаемости за медицинской помощью.

Во многих региональных и муниципальных системах здравоохранения ДФО данные о потреблении лекарственных препаратов часто неполные или не отражают реальной потребности в них в связи с их нерациональным применением. Для оценки необходимых объемов закупок в условиях региона следует использовать методики определения уровня и структуры заболеваемости и экстраполяции данных о потреблении ЛС. Эти же методы можно применять для оценки рационального потребления ЛС за истекший период, например, сравнивая цифры реального их потребления с расчетной потребностью при лечении пациентов с распространенными заболеваниями согласно стандартам.

Маркетинг фармацевтических услуг в настоящее время из-за значительного роста их доли в валовом региональном продукте становится крайне необходимым элементом социального управления в отрасли здравоохранения ДФО. В то же время бурное развитие коммерческого подхода к оказанию фармацевтических услуг не только не приводит к повышению их качества, а зачастую напрямую связано со снижением его уровня, что питает и активно формирует теневую экономику отрасли здравоохранения региона.

Нерегистрируемая (серая) экономика регионального здравоохранения включает в себя все виды как законной, так и незаконной деятельности. Медицинские работники изыскивают любые возможности для получения личных дополнительных доходов. В частности, это внеочередная госпитализация, неуч-

низацией Management Science for Health, Inc. и Всемирным банком, его можно бесплатно заказать через сеть Интернет: http://www.msh.org/publications/dmp_pubs.html (прим. авторов).

⁵⁸ Goryachkina K., Babak S., Burbello A., Wettermark B., Bergman U. Quality use of medicines: a new method of combining antibiotic consumption and sensitivity data-application in a Russian hospital. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008. Jan 10. <http://redirect.php?url=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18186459>.

тенный прием пациентов за плату, в ходе которого используются оборудование ЛПУ, лекарства и расходные материалы, рабочее время персонала, технологические площади и т. п. Региональный теневой рынок фармацевтических услуг тесно сближается с теневым рынком в медицине в целом. Сегодня уже значительное число врачей-лечебников, сотрудников клинических кафедр медицинских вузов ангажированы фармацевтическими фирмами и посредниками, что формирует искаженный вариант соотношения спроса и предложения, как основного механизма взаимоотношений между производителем (продавцом) и потребителем (пациентом). Почти в «открытую» идет продажа в рабочих кабинетах в поликлиниках и больницах медицинскими работниками лекарственных средств и пищевых добавок по завышенным ценам и сомнительного уровня качества. Работает система сетевого маркетинга и т. п.

Так, по данным опросов населения, проведенных в Хабаровском крае еще в апреле 2006 года,⁵⁹ более 2/3 пациентов в краевых и муниципальных ЛПУ так или иначе оплачивало медицинские услуги из своего кармана. В то же время, не зависимо от социального статуса и доходов, большинство респондентов хотели бы получать медицинские услуги бесплатно. При выборе медицинского учреждения 47,3 % населения руководствуется качеством предоставляемых услуг. Уровень оказания медицинской помощи оценен как высокий – 15,7 % респондентов, как низкий – 11,3 % респондентов. Опросы, проводимые Минздравсоцразвития РФ в 2009–2011 гг. указывают на сохранение сформировавшихся тенденций.

По мнению специалистов, которые занимаются теневым рынком в отечественном здравоохранении, определение объемов теневой экономики целесообразно начинать с выявления факторов, способствующих ее развитию.⁶⁰ Директор Российского независимого института социальной политики доктор экономических наук С.В. Шишкин считает, что при определенных условиях «можно добиться, чтобы стандарт медицинской помощи был обеспечен всем бесплатно». В то же время у людей, у которых есть деньги, всегда будет возникать желание получить дополнительные дорогостоящие услуги, заплатив легально или нелегально.

Для того чтобы решить проблемы возникших перекосов на региональном рынке фармацевтических препаратов необходимо внедрить механизмы, гарантирующие надежное финансирование закупок медикаментов, и оптимизировать использование финансовых ресурсов в соответствии с процедурами надлежащего управления финансированием и формирования максимальной открытости работы системы закупок в целом. Лекарственные средства следует закупать по возможности в наибольшем количестве для достижения экономии за счет эффекта масштаба, поскольку при большом объеме закупок выше вероятность

⁵⁹ Опрос проведен территориальным органом ФС Госстатистики по Хабаровскому краю (№ 04-136 от 24.05.2006). Всего опрошено 871 житель региона, из них в г. Хабаровске 558 человек, в г. Комсомольске-на-Амуре – 213, в Нанайском р-не – 50 и в Ульчском районе – 50. Сводные данные представлены в МЗ Хабаровского края и Территориальный фонд ОМС (прим. авторов).

⁶⁰ Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Авт. коллектив: С.В. Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е. Бесстремьяная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова, А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова, Независимый институт социальной политики. – М., 2004.

снижения цен и заключения контракта на более выгодных условиях, это повышает заинтересованность поставщиков в торгах и стимулирует их к предложению конкурентоспособных цен. Увеличения объема закупок отдельных лекарственных препаратов можно достичь посредством объединения заказов на медикаменты нескольких учреждений, муниципалитетов и даже территорий, а также ограничения перечня закупаемых лекарственных средств и устранения дублирования препаратов, относящихся к одной клинико-фармакологической группе.

В реальных условиях международными организациями разработана система принципов, следование которым не позволяет совершать грубых ошибок при обеспечении систем здравоохранения различного уровня лекарственными средствами.⁶¹ Разработанные в рамках функционирования ВОЗ различные рекомендации по клинической практике, а также по организации системы лекарственного обеспечения в своей основе не учитывают организационные реалии современной России, где главное лицо, принимающее решение по поводу закупок лекарственных средств и оборудования – это чиновник (аппаратчик) не обладающий профессиональными знаниями. Эти рекомендации опираются на несуществующую систему ЛПУ здравоохранения бывшего СССР без учета динамики изменений современной структуры учреждений здравоохранения и складывающейся системы взаимодействия между ними и продавцами на фармацевтическом рынке.

Другая сторона проблемы заключается в том, что на фоне роста достоверной информации по эффективному применению лекарственных препаратов, на фармацевтическом рынке Дальнего Востока России довольно часто используется стратегия ценового прорыва, которая направлена на захват массового рынка и подразумевает установление низких цен для привлечения покупателей и расширения рынка. Данная стратегия применяется при продвижении товаров массового потребления, направленных на покупателей с низким или средним доходом, чувствительных к цене. Минусом стратегии ценового демпинга является минимизация прибыли при сохранении, а то и увеличении затрат. В этом случае для компенсации затрат аптечная сеть должна иметь и развивать торговые точки другого формата премиальных цен или нейтральных цен, и применять так называемое перекрестное субсидирование.

Наряду с охарактеризованными стратегиями наиболее широко встречается стратегия удержания потребителей контрактами. На сегодняшний день этой стратегии придерживаются более 90 % аптечных учреждений. Каждое из них старается привлечь как можно большее количество лояльных покупателей. Для этого разрабатываются всевозможные дисконтные и бонусные программы. В отличие от всех вышеописанных ценовых стратегий, относящихся к открытой ценовой конкуренции, стратегия скидок относится к скрытой ценовой конкуренции и направлена на формирование лояльности покупателей.

⁶¹ Operational Principles for Good Pharmaceutical Procurement, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, WHO, URL: http://www.who.int/medicines/docs/%20par/who-edm-par99_5.doc.

Фармацевтический рынок Дальнего Востока России отличается от рынков других регионов. Довольно часто при его оценке и мониторинге различными маркетинговыми агентствами не учитывается специфика региона: низкая плотность населения, вахтовые методы работы значительной части предприятий Крайнего Севера РФ, разрушение привычных транспортных связей, особенности распространения заболеваний, рыночные предпочтения клиентов и т. п. В то же время имеются работы, содержащие данные о том, что делается попытка учитывать особенности региона. Так, М.Н. Денисовой разработан подход к выделению схожих по уровню фармацевтической обеспеченности регионов из всей совокупности субъектов РФ с использованием методов кластерного анализа.⁶² В качестве критериев было выбрано восемь показателей, отражающих как социально-экономическое развитие регионов, так и развитие системы здравоохранения и лекарственного обеспечения.

В первый кластер вошли четыре из девяти территорий ДФО (Магаданская область, Чукотский АО, Камчатский край, Еврейская АО). Эта группа характеризовалась самыми низкими значениями всех социально-экономических показателей. К третьему кластеру также были отнесены четыре дальневосточных региона (Амурская область, Хабаровский край, Сахалинская область, Республика Саха (Якутия)).

По мнению других специалистов, предложенный подход не отражает всех факторов, влияющих на формирование лекарственного рынка территорий, в том числе структуру оптовых поставок, уровень цен и др., которые предлагают свои подходы к оценке специфики оптового и розничного рынков лекарственных средств Дальнего Востока России. Организация оптовой торговли лекарственными средствами в субъектах РФ ДФО осуществляется через систему региональных дистрибьюторов. В крупнейших столицах Дальнего Востока России (Хабаровск, Владивосток) имеются филиалы четырех крупных дистрибьюторов и нескольких региональных компаний.

Дальневосточный федеральный округ – самый большой по занимаемой территории округ в РФ, что обуславливает высокий уровень логистических затрат. В основном при доставке ЛС внутри региона используются три категории транспортных связей: авиа-, авто- и морской транспорт. Доля автотранспортных перевозок в общем объеме дальневосточного рынка в настоящее время составляет 60-65 %. Авиатранспорт – второй по популярности в ДФО способ перевозки товара внутри региона (25-30 % от общей емкости рынка ЛС). Морской транспорт является относительно дешевым способом доставки ЛС и составляет около 5 % от общей емкости рынка ЛС (рис. 78).

В то же время развитие фармацевтического рынка каждого из субъектов РФ ДФО имеет свою специфику. Но в большинстве из них наблюдаются и общероссийские закономерности. Сегодня конкурентная ситуация настолько остра, что фармацевтические компании вынуждены следовать новым правилам игры.

⁶² Денисова М.Н. Стратегия развития российского фармацевтического рынка в условиях единого экономического пространства: дис. ... д-ра фарм. наук. – М., 2006. – 274 с.

Среднегодовые темпы прироста фармацевтического рынка с 1999 по 2003 г. совпадали с динамикой роста доходов населения и несколько опережали темпы роста российской экономики в целом. В дальнейшем на росте рынка мало отразились введение НДС, новый порядок сертификации и другие события. На размеры и структуру рынка за всю историю его развития существенно повлияла только программа дополнительного лекарственного обеспечения. В настоящее время фармацевтический рынок Дальнего Востока России имеет сложную структуру, которая формировалась в течение двух последних десятилетий. В первую очередь, следует признать четкое наличие двух основных сегментов фармацевтического рынка региона: коммерческий и государственный.

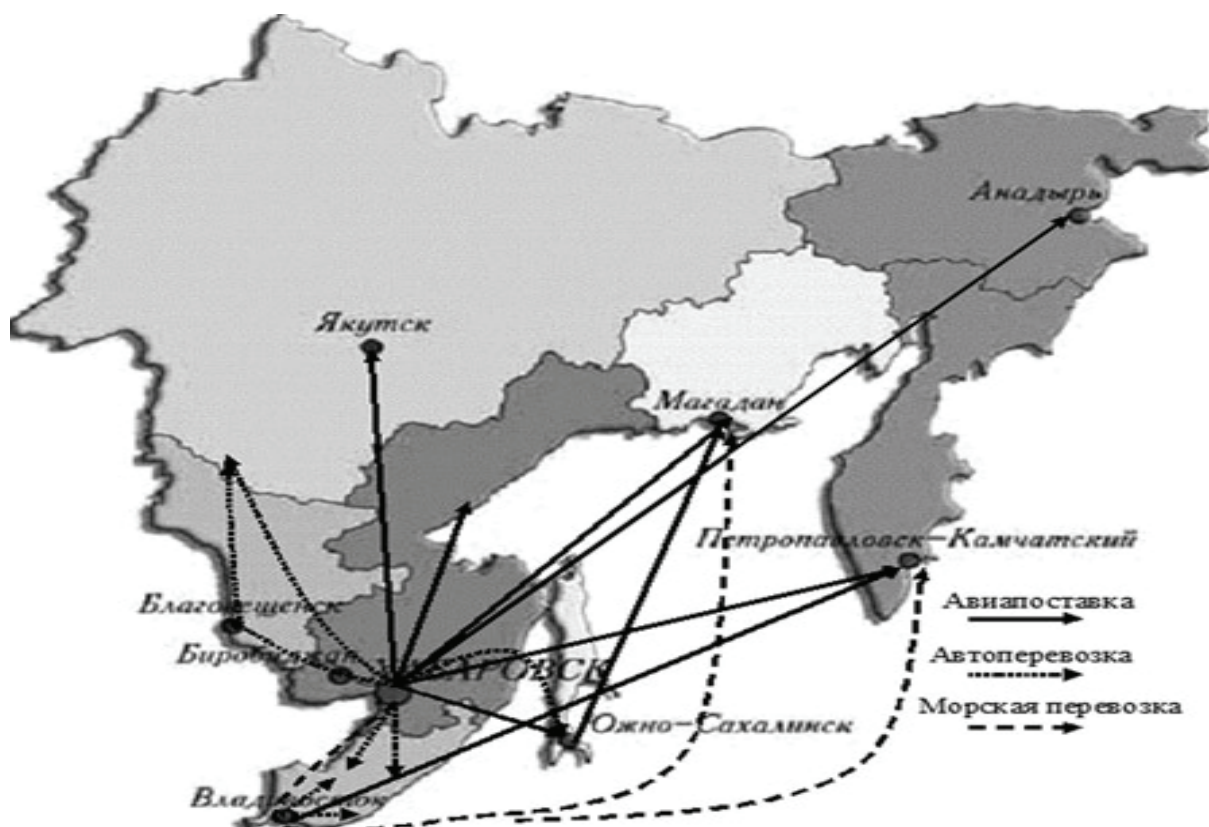


Рис. 78. Транспортная схема оптовых поставок лекарственных средств на коммерческом рынке ДФО⁶³

Коммерческий сегмент включает в себя аптечные продажи готовых лекарственных средств (ГЛС) и парафармацевтики (шприцы, бинты, капельницы) без учета продаж по Программе ДЛО. Государственный сегмент охватывает аптечные продажи ГЛС именно по Программе ДЛО, а также реализацию через ЛПУ. Серьезными субъектами в сфере оптовых продаж медикаментов, несо-

⁶³ Степанов А.С. Особенности коммерческого фармацевтического рынка Дальнего Востока. Организация оптовых поставок лекарственных средств. Фармакология и фармация. – 2012. – № 3.

менно, являются фармдистрибьюторы. Существует некая уровневая градация фармкомпаний на национальные, межрегиональные и региональные.

Собственно национальными дистрибьюторами, которые занимают лидирующие позиции и на Дальнем Востоке России, сегодня являются «СИА Интернейшнл», филиал ЗАО «Центр внедрения «Протек» – «Протек-25», ЗАО «РОСТА», БИОТЭК (группа компаний), ЗАО «Катрен», ЗАО «Шрея Корпорэйшен». Большинство из них начали свою деятельность в начале 90-х гг. Сейчас положение в рейтинговых таблицах этих игроков фармацевтического рынка меняется очень динамично.

Объем фармацевтического рынка ДФО в 2010 г. составил около 810 млн долларов США. По субъектам ДФО наибольшее потребление лекарственных препаратов по всем сегментам фармрынка в 2010 г. отмечалось в Приморском крае – 126,8 дол. США на душу населения. Во многом успешная деятельность на фармацевтическом рынке зависит от эффективности управления аптечным предприятием. Сегодня не подлежит сомнению утверждение о том, что внутренний потенциал многих аптечных предприятий ДФО, направленный на повышение эффективности способов, форм и механизмов управления инновационно-инвестиционной деятельностью, используется не в полной мере. В современных условиях конкурентоспособность аптечных предприятий может быть повышена только путем внедрения новых технологий.⁶⁴

Исследования удовлетворенности обслуживанием клиентов аптек региона показывает, что это один из ключевых критериев оценки успешности деятельности аптечных предприятий, где решающее значение имеет уровень управленческого потенциала предприятия. Причем от него и во многом зависит успешность инновационной деятельности. Л.В. Устиновой сформировано научное обоснование уточнения профиля эффективного руководителя аптечного предприятия. На основании полученных данных, автором был сформирован профиль «эффективного руководителя» аптечного предприятия сетевой структуры с областью значений базовых компетенций (рис. 79).

Автором указано на то, что только 35 % опрошенных руководителей в полной мере соответствуют профилю «эффективного руководителя», в то время как у многих респондентов наблюдались существенные отклонения в отношении следующих базовых компетенций: недостаточность коммуникативных, организаторских и лидерских способностей.

Анализ взаимосвязи управленческого потенциала с уровнем эффективности хозяйственной деятельности аптечного предприятия показал зависимость уровня эффективности аптечного предприятия от таких базовых компетенций, как либеральный стиль руководства, лидерские способности, коммуникативные и организаторские способности, направленность руководителя на дело, мобильность, ригидность.

Кроме того, общий перечень проблем фармацевтического рынка дополняет недостаточно до настоящего времени решаемая проблема о качественном

⁶⁴ Устинова, Л.В. Оценка инновационного потенциала аптечного предприятия / Л.В. Устинова, Л.Н. Логунова // Тихоокеанский Медицинский Журнал. – 2010. – № 2. – С. 84–86.

и своевременном обеспечении жителей Дальнего Востока России по программе ДЛО. Средств, отпускаемых на одного льготника, как правило, не хватает. В то же время, фармацевтический рынок региона насыщен всевозможными лекарственными средствами. На складах крупных дистрибьюторов находится до 6 тыс. наименований лекарств. Доля местных производителей в этом объеме неизмеримо мала. В 2012 году поставки лекарственных препаратов в ДФО осуществлены не в полном объеме.

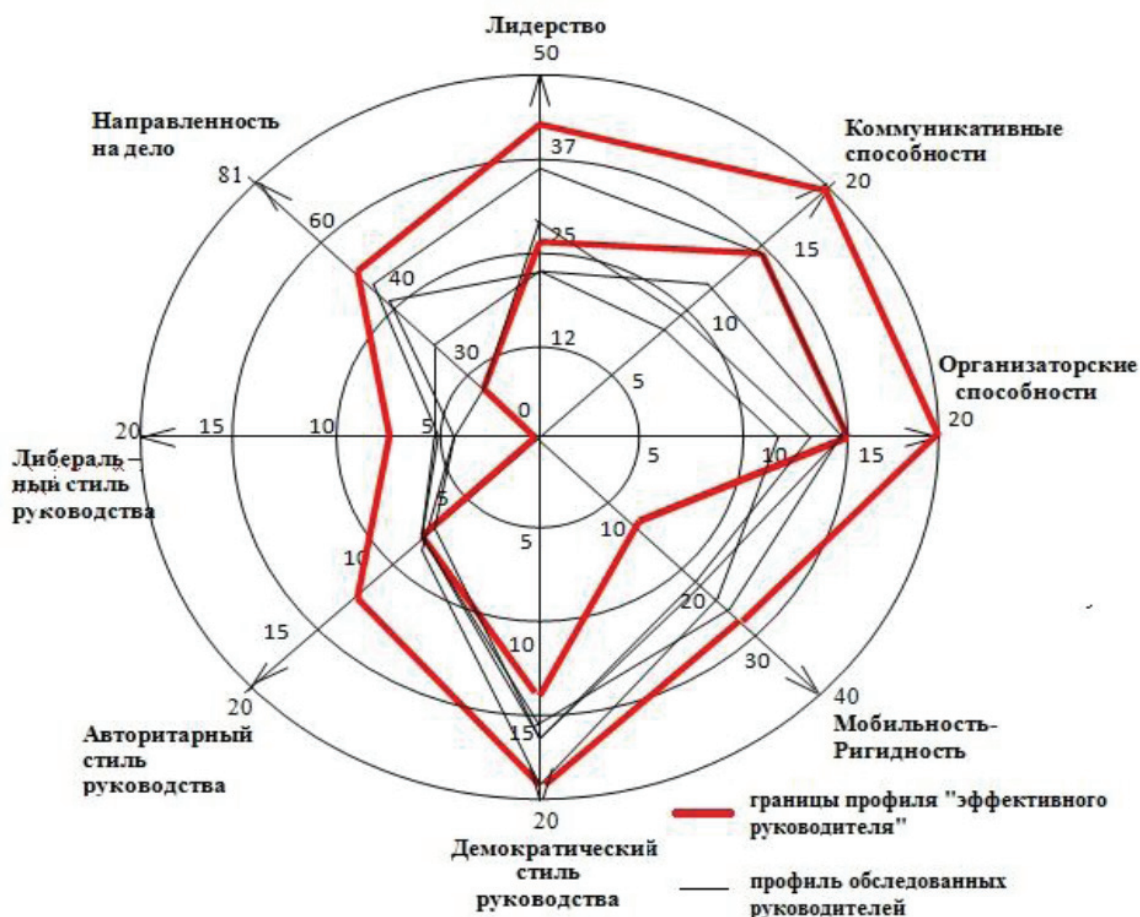


Рис. 79. Профиль управленческого потенциала руководителя аптечного предприятия⁶⁵

Об этом на коллегии министерства РФ по развитию Дальнего Востока заявил начальник управления мониторинга государственных программ Росздравнадзора Д. Пархоменко. Он подчеркнул, что «Освоение финансовых средств по Дальнему Востоку в среднем составляет около 70 % от плановых показателей. К концу 2012 года на территории округа в льготных программах было задействовано более 1,3 тысяч пунктов отпуска и около 1 тысячи медицинских организаций. Численность федеральных льготников составляет более 212 тысяч человек. В ДФО в текущем году было поставлено лекарственных препаратов на

⁶⁵ Устинова Л.В. Теоретические и методологические основы разработки инновационной стратегии развития аптечного предприятия (на основе Дальневосточного региона). Автореф. дисс. д.ф.н. РУДН. – Москва, 2012. – 43 с.

сумму более 3 млрд рублей, выписано более 12 тысяч рецептов. Вместе с тем, в Хабаровском крае было выписано, но не обеспечено и не принято на срочное обслуживание около 8 тысяч рецептов, в Сахалинской области – 2 тысячи, в Магаданской – 1,5 тысячи.

В течение длительного времени субъекты РФ ДФО испытывает острую нехватку квалифицированных фармацевтических кадров. Именно провизоры входят в тройку самых дефицитных специалистов. Согласно исследованию, подготовленному рекрутинговым агентством HeadHunter, самыми востребованными позициями на рынке труда на Дальнем Востоке являются медицинские представители, фармацевты и провизоры. Так называемый индекс HeadHunter, демонстрирующий соотношение резюме на одну вакансию, в ДФО в течение всего 2011 г. составляет менее 1,0. То есть на одну полноценную вакансию от работодателя приходится от 0,4 до 0,7 резюме.

Эффективность производства медицинских услуг в ДФО остается невысокой. Чтобы исправить ситуацию, Правительство РФ разработало Концепцию развития системы здравоохранения до 2020 г. Региональные реформы, проводимые в рамках концепции, уже дают первые результаты – в структуре отрасли происходят существенные изменения. Планируемые изменения настолько масштабные, что ЛПУ, которые не готовы к ним, рискуют не только упустить новые возможности по освоению регионального рынка здравоохранения, но и оказаться в стороне от инновационных изменений.

Согласно прогнозным оценкам, за период с 2012 по 2015 г. объем российского рынка услуг здравоохранения значительно увеличится – до 155 млрд долл. Величина ежегодного прироста составит более 14 %, что значительно выше стран ЕС, где объем расходов на здравоохранение предположительно останется неизменным. В то же время рост рынка здравоохранения России будет различным в разных регионах. Так, согласно прогнозам, на долю Федерального фонда ОМС будет приходиться около 60 % возросшего объема расходов отрасли. Таким образом, чтобы воспользоваться преимуществами, которые сулит этот быстрый рост, участникам рынка необходимо быстро скорректировать свои действия в соответствии с изменениями структуры отрасли и перераспределением ответственности за принятие решений.

Переход на одноканальную систему финансирования медицинской помощи – важнейшее условие для достижения целей Правительства РФ по созданию единой национальной финансирующей организации и повышению экономической эффективности системы здравоохранения. В рамках этой реформы наибольший рост расходов на здравоохранение придется на долю ФФОМС с целью сформировать на его базе национальную финансирующую организацию.

Таким образом, ФФОМС становится крупнейшим общественным источником финансирования здравоохранения России. По мере роста бюджета и расширения возможностей ФФОМС на него будет возлагаться более высокая ответственность. Так, в январе 2011 г. ему передана ответственность за финансирование неотложной медицинской помощи. ФФОМС сейчас отвечает за такие важные направления, как лечение новообразований, болезней эндокринной,

нервной и пищеварительной систем, а также сердечно-сосудистой системы. С 2013 г. финансовое обеспечение ФФОМС распространяется на неотложную помощь, а с 2015 г. – на высокотехнологичную медицинскую помощь.

В связи с новыми рыночными тенденциями перед фармацевтическим компаниям и производителям медицинского оборудования станут задачи по изменению стратегии, в частности:

- ✓ *обеспечить полное понимание приоритетов ФФОМС и демонстрацию экономической ценности своих предложений, а также понимание того, как Министерство здравоохранения будет взаимодействовать с новой финансирующей организацией и координировать работу с ней;*
- ✓ *подчеркнуть экономическую эффективность в своем рыночном предложении – на необходимость этого указывает опыт других рынков с сильными национальными финансирующими организациями, например опыт Германии с системой АОК;*
- ✓ *научиться работать на рынке, где власть распределена между большим количеством участников, в том числе ФФОМС, Министерством здравоохранения, Министерством экономического развития и другими.*

Чтобы занять ведущие позиции на рынке с высокими темпами роста, фармацевтическим компаниям и производителям медицинского оборудования придется провести системный анализ стратегии работы в России. Компаниям необходимо обеспечить полное понимание приоритетов ФФОМС и того, как создание национальной финансирующей организации повлияет на доступ к рынку. В стратегии должна предусматриваться роль компаний как источника предложений в процессе внедрения стандартов медицинской помощи по всей стране. Стратегия должна предусматривать налаживание и развитие отношений с будущими лидерами рынка медицинских услуг, а также обеспечить понимание потребностей сторон, отвечающих за принятие решений во всех субъектах Российской Федерации.

Все согласны с тем, что система здравоохранения Дальнего Востока России пришла в движение. Не всем понятно, в каком направлении начато это движение...

Неизвестный депутат

Глава 10

Модернизация отрасли здравоохранения Дальнего Востока России в условиях рыночных преобразований (стиль, стратегия и система)

Одной из самых острых проблем развития современной России стала проблема резкого увеличения разрыва показателей социально-экономического развития не только между провинцией и столичными регионами, но и между провинциальными регионами. В частности, между малоосвоенными северо-восточными, где сосредоточены основные природные богатства, но с завидной скоростью теряющие свое население, и южными, занимающими выгодное территориально-географическое положение и приращивающими свое население.¹

Определение стратегии и направления действий, а также форм и методов реализации региональной социально-экономической политики должно опираться на научно обоснованную диагностику актуальных проблем, на оперативном решении которых должны быть сосредоточены управленческие решения органов власти. От специалистов и исследователей в рыночных условиях требуется разработка рекомендаций по рациональному использованию регионального потенциала субъектов РФ ДФО. Такой подход потребует разработки методических основ диагностики проблем сохранения и приумножения уровня качества жизни дальневосточников, что позволит резко повысить динамику инновационных процессов развития территории. Переход на рыночные отношения, изменение форм собственности, повышение экономической самостоятельности и необходимость усиления конкурентоспособности субъектов РФ региона, заставляет по-новому смотреть на их место и роль в процессе формирования сбалансированного развития Дальнего Востока России в целом.

Сегодня Дальний Восток является ареной глобальной социальной революции, которую сложно контролировать не только на региональном уровне, но и на уровне России в целом. По мере повышения уровня понимания социальных процессов, происходящих в Азиатско-Тихоокеанском регионе на фоне вступления России во Всемирную торговую организацию, приходит осознание того, что инновационное развитие Дальнего Востока России невозможно без формирования полноценных количественных и качественных характеристик населения региона. Для полноценного развития человеческого потенциала в

¹ Аносов А.В. Социально-экономическое развитие Дальневосточного федерального округа Российской Федерации: проблемы региональной дифференциации и стратегия сбалансированного роста. Автореф. дисс. д.м.н. Институт проблем региональной экономики РАН. – Санкт-Петербург, 2010. – 45 с.

этой Российской провинции, необходимо пересмотреть годами складывающиеся неверные оценки, к которым следует отнести:

- ✓ иллюзию о том, что все без исключения субъекты РФ ДФО – это зона глобальной экономической депрессии, что не соответствует реальному положению дел, поскольку территории региона весьма неоднородны по своему экономическому и социальному потенциалу;
- ✓ иллюзии о невероятной бедности дальневосточников, в то время как параметры фактического конечного потребления товаров и услуг домашними хозяйствами субъектов РФ ДФО занимают места в первой и второй десятке регионов России;
- ✓ иллюзии о неразвитости сектора реальной экономики, в то время, как в регионе сложилось доминирование реального, экспортноориентированного, конкурентного сектора экономики (добыча и транспортировка углеводородов, золота и платины, рыбы и морепродуктов, леса, выработка и продажа электроэнергии), в отличие от Москвы и Санкт-Петербурга, главной составляющей экономической жизни которых, является торговля и финансы;
- ✓ иллюзии о регионе как о лидере среди потребителей средств федерального бюджета, в то время большинство субъектов РФ ДФО отдает в федеральный бюджет больше, чем получает из него.

Справедливости ради следует сказать о том, что, несмотря на неоднородность территорий региона по природно-климатическим условиям жизни и хозяйственно-производственным характеристикам развития, для всех субъектов РФ ДФО была и сохраняется до сих пор слаборазвитая социально-бытовая инфраструктура в сочетании с низкой плотностью населения и сложной экологической ситуацией в промышленных зонах. Поэтому в «доперестроечные» времена существовала определенная привлекательность Дальневосточного региона для населения России в виде более высокой оплаты труда, повышавшейся по мере «движения» рабочего места на север и числа лет пребывания работающих в регионе.² В настоящее время уровень оплаты труда в ДФО сравнялся или отстает от уровня оплаты труда в центральных регионах России. В то же время, высокие цены на услуги ЖКХ, жизненно необходимые товары и продукты питания, отсутствие позитивных сдвигов в социальном развитии региона снижают и без того невысокий уровень его привлекательности как для дальневосточников, так и для жителей других регионов России.

Именно в условиях складывающейся ситуации, российское общество начинает склоняться к осознанию того, что без формирования постоянного населения Дальнего Востока России с хорошими показателями здоровья сохраняется возможность «вскочить» в последний вагон уходящего поезда бурно развивающихся экономик стран АТР, в первую очередь, Китая, который в отличие от России имеет неограниченные людские ресурсы. Для решения вопросов фор-

² Лексин В.Н., Швецов А.Н. Общероссийские реформы и территориальное развитие. Статья 2. Реформы и целостность государства, проблемы территориальной дифференциации и дезинтеграции. Российский экономический журнал, 2000. – № 1. – С. 28–48.

мирования собственных трудовых ресурсов с приемлемым уровнем качества здоровья необходима реализация региональных программ модернизация системы охраны здоровья населения.

10.1. У истоков рисков успешной реализации программ реформирования здравоохранения субъектов РФ ДФО

В настоящее время мы являемся свидетелями и участниками вялотекущего процесса преобразований в отечественном здравоохранении в течение двух десятилетий, который, то набирает обороты в одном направлении, но резко их снижает в другом. Таких примеров достаточно много, в частности, это переход ПМСП на идеологию врача общей (семейной) практики, подготовка медицинских сестер с высшим образованием, организация полустационарных видов помощи в амбулаторно-поликлинических ЛПУ и т. п.

Несомненно и то, что в условиях продолжающихся рыночных реформ вернуться к прежним постулатам управления отраслью в виде жесткого нормирования «вся и всего», начиная от числа ЛПУ, больничных коек, врачей, медицинских сестер и т. п. на некое число тысяч населения, а затем тратить огромные усилия на выполнение планов нормирования – задача вполне осуществимая, но бессмысленная, поскольку параллельно с государственным сектором производства медицинских услуг уже вырос и сохраняет положительный трэнд негосударственный сектор, который работает преимущественно исходя из рыночных критериев спроса и предложения.

В этой связи, мы не хотели бы полностью исключать нормирование, как таковое из процесса управления отраслью здравоохранения. Но перейти к обсуждению этого вопроса с позиции нормирования Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, поскольку это несколько иное нормирование, это нормирование не структурных элементов системы производства медицинских услуг, а нормирование производственных показателей системы, т. е. видов и объемов производства, производительности труда медицинского и иного персонала ЛПУ.

В 2010 году распоряжением Правительства РФ от 11 ноября № 19540-Р была утверждена программа «Развитие здравоохранения» на текущее десятилетий (2010–2020 гг.), которая, как надеется большинство медицинских работников, определяет основные направления реформ и «реперные точки» инновационного развития системы охраны здоровья населения России. Эта программа была публично представлена на Коллегии Минздрава России 28 сентября 2012 года (рис. 80).³

Именно в этой Программе появились приоритетные направления модернизации отрасли, которые сводились к нескольким принципам (рис. 81).

- ✓ *Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.*
- ✓ *Развитие системы качественной и доступной медицинской помощи (в том числе детям).*

³ Материалы доклада министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой 28.09.2012 г. (Минздрав РФ).



Рис. 80. Государственная программа «Развитие здравоохранения» РФ

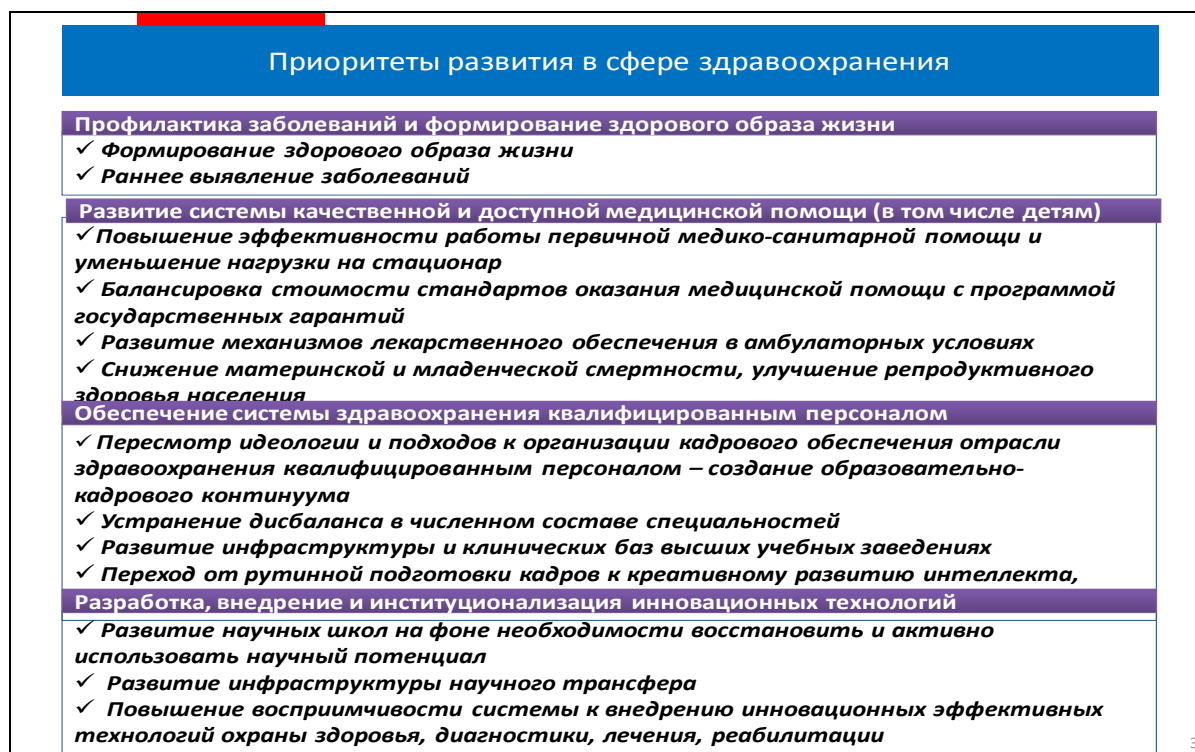


Рис. 81. Приоритеты развития в сфере здравоохранения РФ

- ✓ *Обеспечение системы здравоохранения квалифицированным персоналом.*
- ✓ *Разработка, внедрение и институционализация инновационных технологий.*

В этом документе впервые за многие годы, наконец, были сформированы целевые ориентиры модернизации отрасли отечественного здравоохранения (рис. 82).



Рис. 82. Целевые ориентиры программы «Развитие здравоохранения» РФ

Кадры должны решать все. Другое дело, насколько реально достижение этих, прямо скажем, не таких уж высоких рубежей, особенно по показателям смертности различных групп населения России. Именно с позиций реального достижения заявленных результатов, на наш взгляд, на первое место среди приоритетов инновационного развития отрасли следует поставить программу выхода из кадрового кризиса отрасли здравоохранения России в целом и ее регионов в частности.⁴

Наши выводы по этому вопросу обоснованы тем, что в последние годы в отечественное здравоохранение приходят новые технологии, врачам и средне-

⁴ Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса / Под. ред. проф. В.Г. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2012. – 478 с.

му медицинскому персоналу требуется непрерывное обучение для того, чтобы применять на практике новые методы диагностики, лечения и реабилитации.⁵ По мере массового поступления в медицинские учреждения новой современной техники и оборудования с 2006 г. по настоящее время становится очевидной проблема недостаточной квалификации большинства врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ региона, что не позволяет использовать возможности инновационного медицинского оборудования в полном объеме, и даже приводит к его простоям.

- ✓ *Традиционно подготовкой и переподготовкой кадров для отрасли в субъектах РФ ДФО занимались медицинские вузы. Например, Дальневосточный государственный медицинский университет в силу определенных причин (отсутствие собственной клинической базы, устаревшее техническое и технологическое оборудование обеспечения учебного процесса) не может обеспечить должного уровня подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников системы здравоохранения региона.*
- ✓ *Выходом из этой ситуации могло бы стать создание на базе медицинских вузов ДФО университетских клиник, как это принято во всех странах АТР, в частности в Китае. Именно на базе университетских клиник возможно инновационное развитие системы подготовки и переподготовки медицинских кадров, отвечающего потребностям современного здравоохранения.*
- ✓ *Только на базе создания собственных университетских клиник, можно реально выполнить задачи по модернизации подготовки медицинских кадров в регионе.*

В этой связи следует отметить, что система подготовки кадров для современного здравоохранения должна основываться на положительных достижениях отечественного медицинского образования в сочетании с международным опытом, который следует реализовать в рамках исполнения обязательств государства в связи с подписанием в 2003 г. пакета документов «Болонского соглашения». В рамках исполнения заявленных обязательств на Дальнем Востоке России необходимо сделать несколько следующих шагов:

- ✓ *добиться реализации в ближайшие годы соответствия программ подготовки врачей и средних медицинских работников в региональных медицинских образовательных учреждениях международным стандартам;*
- ✓ *обеспечить гибкость учебных планов подготовки на дипломном и постдипломном уровнях. Передаваемые знания должны формироваться на основе практической деятельности ведущих специалистов. Основная их ценность – продуктивное знание;*

⁵ Дьяченко, В.Г. Проблемы кадровой политики здравоохранения Дальневосточного федерального округа / В.Г. Дьяченко, Т.А. Костакова // I Медицинский форум Сибири : сборник материалов конференции. – Новосибирск, 2011. – С. 50–52.

- ✓ *стремиться к осуществлению и укреплению долгосрочных связей с мировыми и региональными медицинскими элитами путем реализации совместных программы подготовки кадров для отрасли и международных НИОКР (КНР, Япония, Ю. Корея, США, Сингапур, Австралия и др.) за счет приглашения преподавателей и научных работников из ведущих медицинских вузов и НИИ стран АТР;*
- ✓ *сформировать сеть партнерств с бизнесом для осуществления трансферта стандартных технологий международного уровня, при участии ведущих фирм-производителей и поставщиков медицинского оборудования. В этой связи, университетская клиника должна стать постоянно действующей демонстрационной площадкой современного медицинского технологического оборудования и инновационных технологий.*
- ✓ *обеспечить проблемно-ориентированное формирование обучающих программ, ориентированных на подготовку специалистов исходя из потребностей рынка труда отрасли здравоохранения ДФО. Изменения в учебных программах необходимо осуществлять на основе понимания изменений в кадровых и технологических запросах работодателей. В такой ситуации выбор со стороны обучающихся в медицинских образовательных учреждениях будет носить мотивированный характер;*
- ✓ *формирование рейтинга региональных вузов не за счет «омертвевших критериев» Минобразования РФ, таких как уровень ЕГЭ абитуриентов, площадей учебных аудиторий на одного обучающегося и т. п., а на основании независимой оценки прямых показателей качества подготовки выпускников.*

Остается только сожалеть о том, что управляющие структуры федерального и регионального уровня, предусмотрев в своих стратегических планах и приоритетах реформирования и модернизации отрасли кадры, от которых зависит все, и реформирование, и модернизация, и стабильность отрасли в целом, не предусмотрели целевое финансирование модернизации образовательных учреждений региона. А, между тем, несостоятельность системы планирования и управления кадрами медицинских работников в ДФО приводит к кадровому дефициту врачей и среднего медицинского персонала, а также к диспропорции в расстановке кадров ЛПУ.⁶

Отсутствие мотивации медицинских работников в качественном и интенсивном труде, падение престижа профессии медицинского работника, наличие социальной незащищенности медицинских работников приводят к миграции квалифицированных кадров из отрасли.⁷ И, наконец, формируемые в региональных правительствах ДФО направления совершенствования системы управления медицинскими

⁶ Дьяченко, В.Г. Кадровый кризис системы здравоохранения Дальнего Востока России [Текст] / В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев, Т.А. Костакова // Известия высших учебных заведений Поволжский регион. – 2009. – № 3 (11). – С. 100–108.

⁷ Костакова, Т.А. Анализ социологических опросов врачей по социально-экономическим аспектам и мотивациям [Текст] / Т.А.Костакова, З.Ю. Ильина, Л.М. Гюльмамедова // Альманах современной науки и образования. – 2011. – № 3 (46). – С. 98–100.

ми кадрами соответствуют стратегическим планам федерального уровня, но не учитывают особенности региона и сигналы регионального рынка труда.

Риски реализации программы развития. Об источниках и уровне финансирования основных направлений программы «Развитие здравоохранения» в последнее время говорится достаточно много на разных уровнях. Объем информации в отечественных СМИ по этому вопросу может сравниться с дискуссией о переходе на «зимнее время» поддерживаемой ее модератором Премьер министром России Д.А. Медведевым. Сумма средств, заявленная на реализацию вышеуказанного проекта в 2013–2020 гг., внушительна – 30 трлн рублей (рис. 83).



6

Рис. 83. Структура и перспективы финансирования программы «Развитие здравоохранения» РФ

И все-таки при всей несомненной системности программы «Развитие здравоохранения», по нашему мнению, существует высокий уровень рисков в реализации этой программы в отдаленных Северо-Восточных провинциях России. Именно в ДФО противоречивость политических и социально-экономических реформ нашла зеркальное отражение в сложности проводимых преобразований в системе здравоохранения. Это обусловлено многими факторами, которые можно объединить в три основные группы:

- I. несовершенство принципов финансирования медицинской помощи, неэффективное использование выделенных ресурсов, господство административно-командных методов управления;*
- II. появление новых проблем, связанных с переходом от государственной системы здравоохранения к бюджетно-страховой с качественно новыми экономическими отношениями в условиях рыночной экономики;*
- III. недооценка важности реформ системы здравоохранения как важнейшего сектора экономики Дальнего Востока России.*

В условиях недостаточного финансирования отрасли здравоохранения региона в последнее десятилетие со всей остротой стал вопрос о необходимости ускоренного перехода от экстенсивно ориентированной, распределительной системы ресурсного обеспечения ЛПУ на интенсивные модели развития и экономические методы управления.

Вместе с тем, как показал анализ основных тенденций, в развитии медицинской помощи дальневосточникам и ресурсного обеспечения отрасли, в регионе к 2013-му году сохраняется экстенсивный тип развития, а также значительный, незагруженный коечный фонд круглосуточных стационаров. Углубляются диспропорции между отдельными секторами здравоохранения, врачами первичного звена здравоохранения и врачами специалистами, уровнями иерархии организации медицинской помощи и многое другое. В частности, повсеместно сохраняются диспропорции между объемами предоставляемой населению субъектов РФ ДФО медицинской помощи и занятыми врачебными должностями. При отсутствии реального роста объемов медицинской помощи населению региона в стационарном секторе, именно в этом секторе производства медицинских услуг продолжается относительный рост штатных должностей врачей и представителей управляющих структур. Именно в госпитальном секторе сохраняется нерациональное распределение больничных коек по уровням иерархии организации медицинской помощи (местный, районный, межрайонный, региональный). Параллельно со значительной перегрузкой работает сектор производства медицинских услуг в СМП.

Отсутствует региональная интеграция в деятельности служб здравоохранения и социального обеспечения в использовании маломощных стационаров для организации медико-социальной помощи дальневосточникам. В силу реализации стратегии концентрации специализированных видов помощи и современных медицинских технологий в региональных и федеральных ЛПУ, углубляется разрыв в качественных показателях специализированной помощи населению, проживающему в крупных городах и жителям небольших городских и сельских поселений. При этом нерационально используются дорогостоящие больничные койки в специализированных отделениях в результате отсутствия организации системы долечивания больных и проведения восстановительного лечения в учреждениях (отделениях) соответствующего профиля.

Отношение медицинских работников к модернизации здравоохранения.
Здравоохранение Дальнего Востока России находится в состоянии реформирования

и структурной модернизации в течение второго десятилетия. Анализ ситуации в медицинских учреждениях субъектов РФ ДФО указывает на сходство формирующихся проблем. Необходимость принципиального изменения ситуации в отечественном здравоохранении неоднократно обсуждалась на различных уровнях управления.⁸ В ходе обсуждения становится понятным, что без учета мнения медицинских работников инновационные механизмы не начнут работать с нужной степенью эффективности.

В этой связи изучение мнения медицинского персонала ЛПУ является важной составной частью системы принятия управленческих решений в региональном здравоохранении, позволяющей через механизмы обратной связи проводить корректировку программ модернизации отрасли и повышать их эффективность. Анкетирование сотрудников ЛПУ, будучи лучшим источником знаний об их мотивациях, позволяет получить не менее надежную, чем при анализе документов и мониторинге различных показателей, информацию о направлении реформ.⁹ При этом, результаты изучения мнений непосредственных участников оказания медицинской помощи дают исследователю возможность анализировать сведения, которые отсутствуют в официальной статистике – оценку медицинской общественностью процессов, происходящих в отрасли.¹⁰ Регулярно проводимые социологические опросы являются одним из тех факторов, которые позволяют увидеть различные проблемы изнутри, способствовать снижению рисков, принятию обоснованных управленческих решений, направленных на совершенствование системы охраны здоровья населения региона.¹¹

Особенности региональных программ модернизации здравоохранения в ДФО, по нашему мнению, требуют изучения мнений медицинского персонала, отражающих оценку своего социального состояния и направлений реформирования отрасли. В связи с чем, в течение 2012-го года по специально разработанной программе были опрошены 1 400 врачей всех девяти субъектов РФ ДФО. Программа социологических опросов опиралась на рекомендации академика РАМН А.В. Решетникова. Объем выборки респондентов отвечал требованиям репрезентативности и был достаточен для получения достоверных результатов.

Предварительный ситуационный анализ обеспеченности врачебными кадрами кадров ДФО показывает серьезные структурные диспропорции обеспечения врачебными кадрами ЛПУ: уровень совместительства от 1,5 до 2,0 ставок, более трети врачей региона достигли пенсионного возраста, значительное число врачебных кадров концентрируется в ЛПУ регионального уровня. Что же относительно ответа на вопрос об удовлетворенности своей работой, то 37,5 %

⁸ Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 22 декабря 2011 г. – <http://www.kremlin.ru/>.

⁹ Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть III) // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 3–14.

¹⁰ Щепин О.П., Коротких Р.В., Сибатян С.М., Растегаев В.В. Основные направления совершенствования профилактической работы по материалам социологического исследования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 25–29.

¹¹ Щепин О.П., Коротких Р.В., Растегаев В.В., Растегаева И.Н. Результаты изучения профилактики заболеваний и диспансеризации населения на селе // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 23–27.

респондентов ответили «с радостью», 48,4 % – «когда как», 6,2 % – «без удовольствия». При этом, наибольшее количество удовлетворенных своей работой наблюдалось в Республике Саха (Якутия) (50,2 %), Магаданской области (47,3 %) и Приморском крае (41,8 %), наименьшее – в Еврейской АО (21,9 %) и Камчатском крае (27,3 %).

Оценка степени удовлетворенности респондентов своей работой по 5-бальной шкале распределились следующим образом (рис. 84). Наибольший уровень удовлетворенности (5 баллов) показали 25 % респондентов, были удовлетворены частично (4 балла) 36 % респондентов, что в сумме составило около $\frac{1}{3}$ опрошенных. Крайне и полностью не удовлетворены своей работой (соответственно 1 и 2 балла) всего 7 % респондентов.

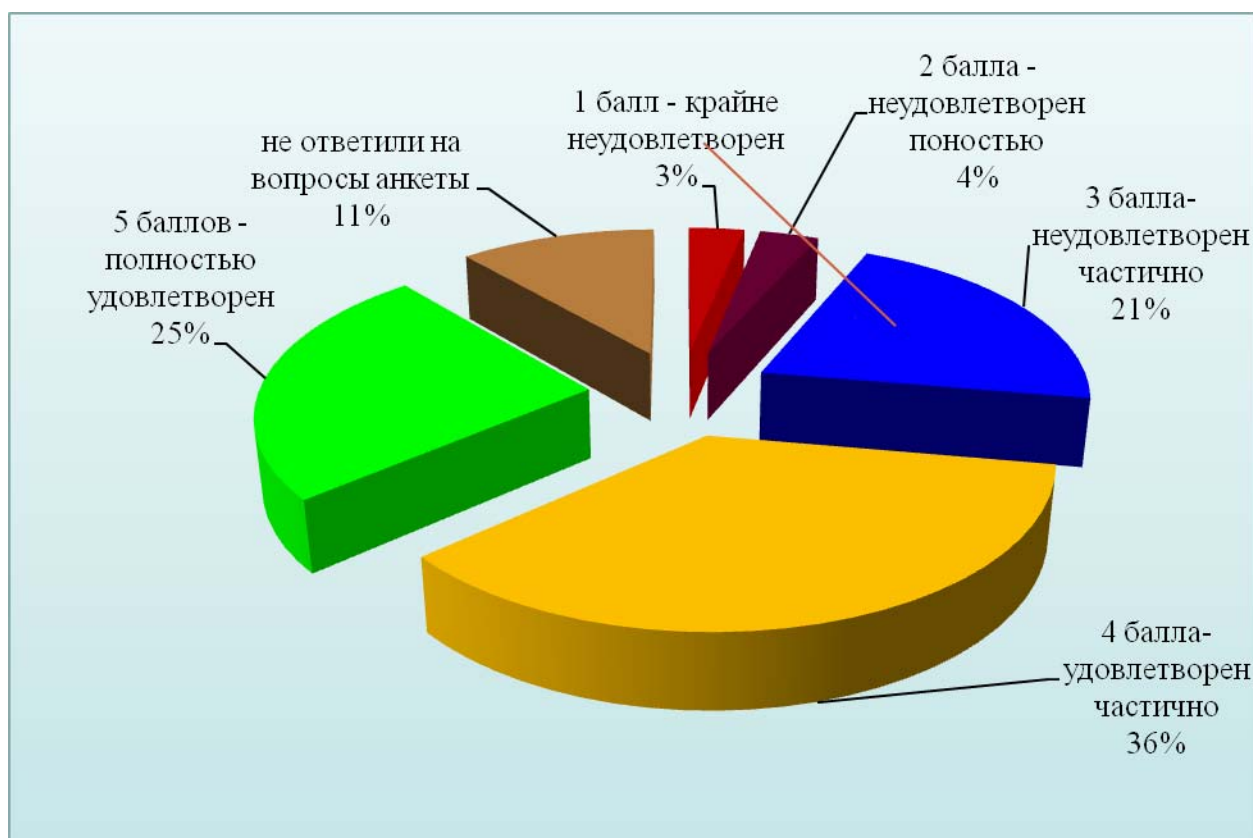


Рис. 84. Степень удовлетворенности медицинскими работниками ДФО своей работой по 5-бальной шкале

Наибольшее количество «крайне неудовлетворенных» своей работой в Еврейской АО (5,7 %) и Камчатском крае (5,1 %). Наибольшее количество «полностью удовлетворенных» своей работой в Магаданской (33,3 %), Сахалинской (33,2 %) и Амурской (33,1 %) областях.

Большая часть респондентов доход своей семьи оценили, как средний (57,4 %). В то же время определенная доля респондентов оценили доход своей семьи, как низкий. Лидируют в этих оценках врачи в Республике Саха (Якутия) (13,1 %), Сахалинской области (11,0 %) и Приморском крае (9,3 %). Более 60 % респондентов испытывая материальные трудности, что вынуждает их совме-

щать нагрузку по основной должности с дополнительной работой. Чаще всего это делают врачи Чукотского АО (71,5 %) и Сахалинской области (71,2 %). Меньше всех совместителей среди врачей Республики Саха (Якутия) (42,7 %) и Амурской области (42,9 %).

При этом достаточно показателен результат оценки респондентами здоровья своих пациентов-дальневосточников: «хорошее» здоровье они оценили только у 2,9 %, «удовлетворительное» – у 65 %, «плохое» – у 28,5 %. По мнению респондентов, наибольшая доля населения с плохим состоянием здоровья концентрируется в Хабаровском крае (44,3 %), Камчатском крае (36,4 %) и Еврейской АО (34,7 %).

Что же относительно собственного здоровья, то опрошенные врачи-дальневосточники оценивают уровень своего здоровья несколько выше, чем у пациентов (табл. 76).

Таблица 76

**Оценка состояния здоровья практикующих врачей
и их пациентов-дальневосточников (%)**

Территория	Как Вы оцениваете состояние собственного здоровья?				Как Вы оцениваете состояние здоровья пациентов?			
	хорошее	удовлетворительное	плохое	затруднились с ответом	хорошее	удовлетворительное	плохое	затруднились с ответом
Респ. Саха (Якутия)	17,8	75,6	3,8	2,8	3,7	72,8	15,5	8
Приморский край	25,5	68,8	3,6	2,1	–	68,8	28,4	2,8
Камчатский край	14,2	73,8	11,4	0,6	2,3	60,7	36,4	0,6
Хабаровский край	16	76,9	6,5	0,6	0,6	53,2	44,3	1,9
Амурская область	14,9	76,6	7,2	1,3	1,9	63,6	31,2	3,3
Магаданская обл.	18,7	79,3	2	–	4	70,7	20,7	4,7
Сахалинская обл.	12,7	77,1	9,3	0,9	3,4	62,7	31,4	2,5
Еврейская АО	7,8	79,5	9,9	2,8	2,1	58,2	34,7	5
Чукотский АО	22,5	72,2	5,3	–	8	71,5	18,5	2
Итого	16,8	75,5	6,4	1,3	2,9	65	28,5	3,6

Следующий блок вопросов касался оценки региональных программ модернизации (табл. 77). При оценке региональной программы модернизации системы здравоохранения «оптимальным направлением и объемом средств ее реализации» считают 15,5 % респондентов, «в основном правильным, хотя есть и ошибочные позиции» – 41,3 %, «в основном ошибочным, хотя есть и конструктивные моменты» – 7 %, «далекими от оптимальных» – 18,3 %, «не знаком с региональной программой» – 12 % (затруднились с ответом – 5,9 %). Наибольшее число респондентов оценивших оптимальным направлением и объемом средств для реализации региональной программы модернизации в Республике Саха (Якутия) (29,1 %) и Приморском крае (25,5 %).

Основной точкой приложения идеологии модернизации является попытка обеспечить оказание доступной, качественной и безопасной медицинской помощи жителям Дальнего Востока России за счет модернизации основных фон-

дов ЛПУ и внедрения стандартных технологий производства медицинских услуг. Именно в ходе мониторинга промежуточных итогов программ модернизации для структур управления важно знать оценки их мероприятий персоналом ЛПУ, в частности практикующими врачами.

Таблица 77

Оценка направления и объема средств для реализации региональной программы модернизации (%)

Территория	Оптимальные	В основном правильные	В основном ошибочные	Далеки от оптимальных	Не знаком с программой модернизации	Затруднились с ответом
Респ. Саха (Якутия)	29,1	55,4	2,8	5,6	0,9	6,2
Приморский край	25,5	34,0	2,1	22,7	9,9	5,8
Камчатский край	5,7	34,7	7,9	19,9	22,7	9,1
Хабаровский край	12,2	45,5	11,6	16	9,6	5,1
Амурская область	9,8	36,4	7,1	25,3	15,6	5,8
Магаданская область	18,7	76,7	0,7	1,3	1,3	1,3
Сахалинская область	13,6	37,3	14,4	27,1	3,4	4,2
Еврейская АО	5,7	15,6	10,6	40,4	22,7	5
Чукотский АО	15,2	29,8	8,6	14,6	23,2	8,6
Итого	15,5	41,3	7,1	18,3	12,1	5,9

Нами были получены весьма противоречивые результаты оценки респондентами итогов первого года реализации программ модернизации. Так, на улучшение состояние зданий и оснащённости оборудованием ЛПУ в течение 2011 г. указали 59,1 % респондентов. Наивысшие оценки врачей по динамике модернизации основных фондов и ресурсной базы ЛПУ сформировались в Магаданской области (98 %), Сахалинской области (78,8 %) и Камчатском крае (66,5 %), наименьшие – в Еврейской АО (24,1 %) и Чукотском АО (41,7 %) (табл. 78).

Таблица 78

Результаты ответа на вопрос: «Позволяет ли выполнить федеральные стандарты (протоколы и порядки оказания медпомощи) сегодняшнее материально-техническое состояние зданий и оснащение Вашего ЛПУ?» (%)

Территория	Да	Нет	Иное	Затрудняюсь ответить
Республика Саха (Якутия)	77	15	2,4	5,6
Приморский край	65,9	18,5	12,8	2,8
Камчатский край	31,8	54	6,3	7,9
Хабаровский край	55,1	30,8	7,7	6,4
Амурская область	57,8	22,1	13,6	6,5
Магаданская область	60	20	6	14
Сахалинская область	47,5	31,3	11	10,2
Еврейская АО	20,6	58,2	10,6	10,6
Чукотский АО	72,8	16,6	6	4,6
Итого	55,2	29,2	8,1	7,5

Тем не менее, несмотря на значительное улучшение состояния основных фондов и оснащенности оборудованием в 2011 г., на возможность с их помощью полностью выполнить федеральные стандарты указали всего 55,2 % респондентов. При этом в отдельных субъектах федерации ДФО эти оценки различаются более чем в 3 раза.

К сожалению, результаты проведенного опроса показывают, что большинство врачей субъектов РФ ДФО не знакомы со стратегией реформирования здравоохранения РФ до 2020 г. (51,7 %). Наибольшее число врачей, давших отрицательный ответ о знакомстве со стратегией реформирования отечественного здравоохранения сконцентрировалось в Магаданской (61,3 %), Сахалинской (68,6 %) и Еврейской автономной (65,2 %) областях, а также в Чукотском АО (68,2 %).

Финансовые риски охраны здоровья населения ДФО. В современной России на охрану здоровья населения планируется тратить от 3-х до 5-ти % ВВП. Сложная экономическая ситуация сопровождается недостаточными возможностями государства обеспечить гарантии населению в сфере здравоохранения. Система экономического стимулирования работы ЛПУ и медицинского персонала практически отсутствует. У работников здравоохранения за последние годы сформировался низкий общественный статус и низкая заработная плата. В то же время в соответствии с конституцией, граждане России по-прежнему имеют право на бесплатное получение медицинских услуг. В этой так называемой бесплатной системе здравоохранения повсеместно используется прямая оплата из кармана потребителей медицинского обслуживания, которым приходилось прибегать к собственным средствам для получения тех услуг, которые в противном случае было трудно получить.

Сегодня свершившимся фактом в ЛПУ Дальнего Востока России является участие личных средств граждан в финансировании медицинской помощи путем прямой оплаты как вполне легальной, так и «теневой». По некоторым данным, величина личных расходов граждан на оплату медицинской помощи сопоставима с объемами финансирования здравоохранения из государственных источников (бюджет + ОМС). Таким образом, в финансировании здравоохранения в России фактически существует сочетание общественных и частных источников, но это сочетание весьма слабо регулируется законодательными или иными нормативными актами и осуществляется практически стихийно.

Мы уверены в том, что принятием «Этического кодекса» решить проблему роста платности медицинской помощи решить не удастся. Необходимо принятие дополнительных мер, в том числе и нормативного характера. С одной стороны, для легализации «теневых» поступлений финансовых средств предприятий и граждан в систему здравоохранения в виде совершенствования механизмов их участия. Для этого существует необходимость проведения постоянного мониторинга, анализа и оценки выявленных неблагоприятных тенденций в изменении поведения производителей медицинской помощи. Прежде всего, это внедрение эффективного метода оплаты первичной медико-санитарной помощи населению.

Эффективность каждого метода оплаты в конкретных условиях внедрения и использования должна оцениваться путем организованного мониторинга. Мониторинг предполагает выработку и применение системы показателей или индикаторов, подтверждающих или опровергающих появление, наличие и исчезновение значимых характеристик поведения производителей медицинской помощи в каждом субъекте РФ ДФО, исходя из конкретных условий региона. Эти показатели с помощью аналитического инструментария позволят выявить не теоретические, а практические сложившиеся последствия замены прежнего метода оплаты медицинской помощи новым.

Постоянный мониторинг практического использования новых методов оплаты позволит развить пока очень слабые навыки прогнозирования медико-организационных и финансовых последствий внедрения новых методов оплаты медицинской помощи на уровне ПМСП. Примерный перечень индикаторов для постановки задач и последующего мониторинга результатов внедрения методов оплаты амбулаторной помощи должен выглядеть следующим образом:

- ✓ *динамика доли расходов на амбулаторную помощь в общих расходах на медицинскую помощь;*
- ✓ *динамика доли врачей первичной медико-санитарной помощи в общем числе амбулаторных врачей;*
- ✓ *доля хронических заболеваний, выявленных на амбулаторном этапе в запущенной стадии (форме) и/или доля хронических заболеваний, выявленных на ранней стадии (форме);*
- ✓ *число диспансерных больных, вызывающих скорую помощь;*
- ✓ *динамика уровня госпитализации в целом, в том числе по отдельным контингентам и группам заболеваний;*
- ✓ *доля хронических (диспансерных) больных, госпитализированных в экстренном порядке и пр.*

В этой ситуации очень важным является определение приоритетов в системе здравоохранения субъектов РФ ДФО. Один из выводов, который можно извлечь из анализа различных моделей приоритизации, заключается в том, что каждый субъект РФ должен найти свою собственную модель, учитывающую специфику ее обстоятельств. Для того, чтобы найти такую модель, прежде всего необходимо определить отправную точку, уровень затрат и ожидания ответственности.

Что касается отправной точки, то за ее основу можно взять имеющуюся региональную статистику и формулирование ответа на вопрос: «Каковы ожидания дальневосточников в отношении выработки приоритетов в вопросе обеспечения приемлемого уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи?».

Сегодня все дальневосточное общество находится в состоянии перехода к демократии и социально ориентированной рыночной экономике. Поэтому нужен открытый диалог по проблеме приоритетов в политике охраны здоровья. Возможно, его следует начать с откровенного признания того, что государство

и региональные власти больше не в состоянии обеспечить бесплатное оказание всем гарантированного Конституцией РФ объема медицинских услуг.

Диалог позволит принимать управленческие решения на основе четких этических принципов, а также учитывать как можно большее число интересов различных социальных групп региона. Сегодня имеется острая необходимость в достижении баланса интересов общества в целом и отдельного гражданина в частности. Этого можно достигнуть с помощью включения регулирующих механизмов рынка здравоохранения, что позволит снизить уровень финансовых рисков модернизации отрасли.

В основе модели регулируемого рынка в здравоохранении ДФО лежат следующие основные положения.

1. Государственный или региональный орган, отвечающий за финансирование общественного здравоохранения, превращается в покупателя медицинской помощи. В этой своей роли финансирующая сторона отражает интересы населения и вступает в договорные отношения с любыми ЛПУ, медицинскими организациями и индивидуальными медицинскими практиками (поставщиками медицинских услуг), обеспечивающими выполнение требований в отношении объема, доступности и качества медицинской помощи. Принцип содержания подведомственных учреждений уступает место принципу договорных отношений между заказчиком и исполнителем. Подавляющая часть финансовых ресурсов здравоохранения реализуется через систему договорных отношений с поставщиками медицинских услуг.

2. Органы управления здравоохранением на федеральном, региональном и муниципальном уровнях разрабатывают и осуществляют политику в области охраны здоровья населения. Центральным звеном этой политики является обеспечение макроравновесия в системе, то есть сбалансированности государственных обязательств в отношении предоставления медицинской помощи населению с имеющимися финансовыми ресурсами. Это предполагает усиление планового и регулирующего начала в деятельности центральных и региональных органов управления и финансирования здравоохранения.

3. Действуя в рамках государственной политики обеспечения макроравновесия, покупатели медицинской помощи планируют объем и структуру медицинской помощи. Планы трансформируются в конкретные заказы медицинским организациям, реализуемые на договорной основе. Оплата деятельности медицинской организации осуществляется преимущественно за согласованные объемы медицинской помощи.

4. Покупатели медицинской помощи целенаправленно формируют рыночную среду в оказании медицинской помощи с помощью комплекса организационных мероприятий и механизма конкурсного размещения государственного заказа медицинским организациям.

Представляемая модель описывает общую логику макроэкономического регулирования в здравоохранении. В любой стране система общественного здравоохранения действует в условиях жестких финансовых ограничителей. Проблема увязки государственных обязательств с финансовыми ресурсами –

это универсальная проблема, которую вынуждены решать все страны, включая те из них, где на нужды здравоохранения тратится более 10 % ВВП. Важность этой проблемы определяется вышеперечисленными особенностями действия рыночных регуляторов в здравоохранении. Эта отрасль способна поглотить любые ресурсы без адекватных конечных результатов. Возникает необходимость в проведении комплекса мероприятий, направленных на поддержание макроравновесия между спросом и предложением медицинских услуг.

Комплекс мероприятий призван создать условия для формирования новой системы экономических отношений между финансирующей стороной и поставщиками медицинских услуг. Выступая в роли покупателя медицинской помощи, финансирующая сторона, должна не просто оплачивать работу ЛПУ, а сознательно формировать рациональную структуру оказания медицинской помощи. Для этого используется весь арсенал методов стратегического и текущего планирования. Основой договорных отношений между заказчиком и исполнителем является согласованный план оказания медицинской помощи (государственный заказ) с акцентом на поиск наиболее рациональных маршрутов движения пациентов и эффективных вариантов удовлетворения потребностей населения.

Договорные отношения могут складываться в конкурентной и неконкурентной среде. В первом случае договора размещаются на конкурсной основе с использованием критериев и показателей, определяемых покупателем медицинской помощи. Последний ведет переговоры с несколькими потенциальными поставщиками медицинских услуг. Предметом переговоров являются объем, цена, качество и условия оказания медицинской помощи. Во втором случае конкурсная основа отсутствует и на первый план выступает плановая функция договоров. Они выступают в роли инструмента реализации планов оказания медицинской помощи, разрабатываемых заказчиками. Хотя первый вариант, безусловно, предпочтительней, тем не менее, в настоящее время большее распространение получил второй вариант. Договорные отношения в неконкурентной среде можно рассматривать лишь как первый шаг к утверждению рыночного принципа распределения ресурсов.

Устойчивое развитие региона – своевременное включение регулирующих механизмов. Значительная часть дальневосточников выделяет группу проблем, которые характеризуют несоответствие экономической и социальной составляющих развития субъектов РФ ДФО: нехватка рабочих мест, безработица, особенно в сельской местности (до 45 %), основной причиной которой является спад производства (37 %). В комплексе они негативно влияют на уровень жизни населения региона. В совокупности большой вес набирают проблемы социальной сферы, т. е. условий жизни людей, особенно проблемы жилья (36 %), качественного медобслуживания (35 %), экологии (24 %), осложняющие жизнь большей части населения. Дестабилизирующим фактором является социальная деградация значительной части дальневосточников: рост пьянства и наркомании, маргинальных слоев (нищих, бомжей, беспризорников). Все вышеназванные факторы подтверждают стремление жителей региона к миграции

в западные регионы страны, более комфортные для проживания. В целом, проблема бедности населения и проблема достижения устойчивого развития общества является актуальной для всех субъектов РФ ДФО.

К сожалению, программные документы, определяющие социально-экономическое развитие региона, несмотря на социальную декларативность – повышение благосостояния населения и сокращение бедности – не содержат механизм разрешения этой проблемы, так как отсутствует внятная политика в сфере оплаты труда – основа повышения уровня жизни. Для борьбы с бедностью предлагается широкомасштабное развитие адресной социальной помощи, которая не дает прироста достатка у дальневосточного общества, а лишь перераспределяет созданное. Установление размера оплаты труда, обеспечивающего достойный уровень жизни работника и его семьи – более эффективный метод борьбы с бедностью. Поэтому необходима четкая региональная политика в области доходов населения, главным ориентиром которой должно стать увеличение среднего класса.

Социальная безопасность общества, как показывает мировая практика, базируется на тех, кто своим трудом зарабатывает на жизнь и платит налоги. Этот слой должен составлять не менее 40-50 % населения ДФО. В настоящее время принято считать бедными тех, чьи доходы ниже прожиточного минимума. В 2012-м году таких в территориях региона насчитывалось более 1,26 млн человек. Кроме того, значительная часть дальневосточников находилась в непосредственной близости от этой черты, их доходы ниже среднего уровня по ДФО. Любое неблагоприятное изменение макроэкономической ситуации может привести к тому, что они опустятся ниже черты прожиточного минимума. Такое пограничное состояние, не меняющееся годами, создает постоянную угрозу социальной стабильности дальневосточного общества.

Если данные угрозы не будут устранены, возможен риск возникновения таких явлений, как социальная апатия работников именно в тех социальных сферах народного хозяйства, в которых формируется будущее регионального развития: образование, здравоохранение и культура. Параллельно сформируется снижение их профессиональной мобильности, агрессивная реакция на экономические и производственные нововведения, рост забастовочного движения, снижение эффективности производства, имитация производственной деятельности. То есть возникнет реальная угроза социальной безопасности Дальнего Востока России.

Мировой опыт показывает, что страны и регионы с устойчивым социальным миром являются привлекательными для инвесторов. Это стоит иметь в виду при формировании социально-экономической политики ДФО. Социальный мир, построенный на основе социальной справедливости, выгоден и капиталу, и наемному работнику, и государству и его регионам. Поэтому, несмотря на то, что сфера общественной самоорганизации образует пространство коллективного социального действия, свободного от непосредственного вмешательства государства, тем не менее, имеющийся потенциал и ресурс современных социальных институтов при их грамотном использовании способен, являясь своеоб-

разным катализатором, активно влиять на результат происходящих в регионе процессов модернизации здравоохранения.

Проблема недостаточности ресурсов для здравоохранения субъектов РФ ДФО усугубляется дезинтеграцией основных источников финансирования (бюджеты всех уровней и страховые платежи работодателей на обязательное медицинское страхование), децентрализацией бюджетов. Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению выполняются не в полной мере. Это снижает доступность медицинской помощи для социально незащищенных слоев и, как следствие, оказывает негативное влияние на показатели здоровья населения и демографические процессы на Дальнем Востоке России. Ситуация усугубляется нарастанием кадрового дефицита в ЛПУ.

При разработке государственной региональной политики в ДФО необходимо систематизировать различия социально-экономической динамики субъектов по более или менее однородным признакам, так как меры экономической и социальной политики, эффективные в одном субъекте (или группе субъектов) совсем не обязательно окажутся столь же эффективными в другом.

В настоящее время деятельность региональных систем здравоохранения проходит в условиях меняющейся нормативно-законодательной базы. Приняты нормативно-правовые акты субъектов РФ ДФО по вопросам здравоохранения в рамках полномочий определенных федеральными законами (326-ФЗ, 323-ФЗ, 83-ФЗ) и подзаконных актов Правительства РФ и Министерства здравоохранения РФ.

Законодательное обоснование регулирующих механизмов в сфере охраны здоровья населения формировалось и на Федеральном уровне.

Федеральный Закон об ОМС (326-ФЗ, 2010 г.) направлен на обеспечение свободы выбора и создание конкуренции в системе медицинского страхования.

Основные его принципы:

- ✓ *действие медицинского полиса на всей территории страны;*
- ✓ *усиление роли страховых медицинских компаний в защите прав пациента в системе здравоохранения;*
- ✓ *гражданин вправе выбирать страховую компанию, лечебное учреждение и врача;*
- ✓ *финансируется оказанная услуга, а не учреждение, при этом каждая услуга, оказанная пациенту, будет оплачиваться полноценно по полному тарифу;*
- ✓ *возможность негосударственным и частным медучреждением участвовать в программе ОМС.*

Федеральный закон «Об охране здоровья граждан РФ» (323-ФЗ, 2011 г.) направлен на обеспечение охраны здоровья граждан в условиях рыночной экономики в рамках реализации конституционных прав граждан:

- ✓ *установил принципы охраны здоровья граждан;*
- ✓ *регламентировал порядок выбора гражданами врача и медицинской организации;*

- ✓ *определил право граждан на получение бесплатной медицинской помощи;*
- ✓ *ввел единые «порядки оказания медпомощи» и «стандарты медпомощи»;*
- ✓ *разграничил полномочия между региональным и муниципальным уровнями для повышения доступности и качества медицинской помощи;*
- ✓ *позволил внедрить эффективные механизмы управления и контроля реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;*
- ✓ *позволил повысить зарплаты медицинским работникам за счет внедрения единых стандартов и порядков оказания медицинской помощи;*
- ✓ *позволил создать систему подготовки и аккредитации нового поколения врачей.*

Федеральный Закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (83-ФЗ, 2010 г.) призван изменить общую структуру учреждений здравоохранения. Эти изменения внесены в гражданский, бюджетный, налоговый и кодексы РФ, а также в ФЗ «Об автономных учреждениях»:

- ✓ *Гражданский кодекс – в части определения правового положения учреждений в имущественных отношениях;*
- ✓ *Бюджетный кодекс – в части определения правового положения казенных учреждений как субъектов бюджетных правоотношений и исключения норм о бюджетных учреждениях;*
- ✓ *Налоговый кодекс – в части оптимизации налогообложения и снижения налоговой нагрузки на государственные (муниципальные) учреждения;*
- ✓ *Федеральный закон «Об автономных учреждениях» – в части снятия запрета на изменение типа существующих государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения на автономные.*

После внесенных изменений сформировалась следующая структура учреждений (рис. 85).

Наиболее консервативный тип государственных учреждений – это казенные учреждения. Финансовое обеспечение их деятельности осуществляется за счет средств бюджета на основании бюджетной сметы.

Для бюджетных и автономных учреждений предусмотрена иная форма финансового обеспечения деятельности, этим учреждениям из бюджета будет предоставляться субсидия на выполнение государственного задания. В настоящее время в субъектах РФ ДФО проведена работа по изменению организационно-правового статуса медицинских учреждений (табл. 79).

Таким образом, в дальневосточном округе в 2012-м году в рамках меняющегося законодательства организованы 54 казенных и 507 бюджетных ЛПУ. Разная численность казенных и бюджетных учреждений в субъектах РФ

ДФО свидетельствует о разных подходах при принятии управленческих решений.



Рис. 85. Типы учреждений здравоохранения после принятия 83-ФЗ, 2010 г.

Таблица 79

Изменение организационно-правового статуса медицинских учреждений

Субъекты РФ ДФО	Казенные	Бюджетные	Автономные
Республика Саха (Якутия)	6	88	0
Камчатский край	4	49	0
Приморский край	3	103	0
Хабаровский край	16	104	0
Амурская область	1	66	0
Магаданская область	10	29	0
Сахалинская область	7	51	0
Еврейская АО	7	16	0
Чукотский АО	0	1	0
Итого	54	507	0

Следует иметь в виду, что для бюджетных учреждений средства, получаемые из системы ОМС, к субсидиям не относятся и являются величиной переменной в зависимости от выполнения объемов оказанной медицинской по-

мощи. Это несет за собой риски связанные с реализацией 83-ФЗ на практике, когда собственник учреждения не сможет субсидировать расходы лечебного учреждения, в части оказания медицинской помощи, неся только расходы на капитальные затраты. Это повышает, с одной стороны, ответственность руководителей медицинских учреждений, с другой – требует надлежащего предупредительного финансового контроля со стороны собственника учреждения. Аналогичная ситуация и с организацией автономных медицинских учреждений.

Риски при передаче полномочий. Существенные изменения в систему охраны здоровья населения, организацию оказания медицинской помощи привносят принятые в 2010-м и 2011-м годах федеральные законы 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан РФ» и 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан РФ», а также подзаконных актов Правительства РФ и Министерства здравоохранения РФ.

Принятый Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ» в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» вносит, в том числе, изменения в федеральные законы, определяющие компетенцию органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления: Федеральный закон от 06 ноября 1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», Федеральный закон от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Согласно нормам вышеуказанных законов к полномочиям субъекта РФ в части медицинской помощи (с 1 января 2012 г.) относится организация оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, а к полномочиям органа местного самоуправления – создание условий для оказания медицинской помощи населению муниципалитета. Закон, в то же время, предусматривает делегирование субъектом РФ этого полномочия органу местного самоуправления и принятие такого решения на уровне субъекта РФ является легитимным исполнением федерального закона от 29 ноября 2010 года № 313-ФЗ. Параллельно эти изменения закреплены Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Постепенно процесс перехода муниципальных ЛПУ на региональный уровень набирает обороты во всех субъектах РФ ДФО, но в каждом из них реализуется свой подход к передаче полномочий. Сегодня многие, особенно дотационные, муниципалитеты готовы на вполне законных основаниях передать на уровень субъекта весьма сложную, хлопотную, затратную отрасль муниципального хозяйства, при этом, еще и сохранив для выполнения других задач здравоохранения местного уровня существенный объем финансирования. Столь значительная реформа по передаче учреждений на региональный уровень должна иметь какую-то цель, и по нашему мнению, может быть оправдана

только целью улучшения оказания медицинской помощи жителям муниципалитетов.

Однако передача полномочий по организации первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи из ведения муниципальных образований в ведение субъектов РФ оценивается неоднозначно, в первую очередь, с позиций эффективности такого решения. Некоторое недоумение вызывает известная поспешность в ДФО такого значительного перераспределения полномочий в области оказания медицинской помощи. В частности, без широкого обсуждения со специалистами системы здравоохранения, представителями органов местного самоуправления и общественными организациями и без реализации пилотного проекта по распределению полномочий в одном из субъектов региона.

Наибольший риск при реализации такого решения представляет возможное усложнение бюрократических процедур вследствие большей удаленности органов управления от лечебных учреждений, ухудшение обратной связи с потребителями медицинских услуг. Вероятно, органам государственной власти субъектов РФ ДФО придется создавать в муниципальных образованиях дополнительные управленческие структуры, которые будут руководить процессами обеспечения учреждений здравоохранения услугами ЖКХ, текущего содержания и снабжения, капитального ремонта и реконструкции, строительства зданий и сооружений ЛПУ и т. п. Учитывая, что решение всех этих вопросов все равно невозможно без участия власти муниципального уровня (а их участие утрачивает необходимую формальную основу) возможно создание почвы для всякого рода конфликтных ситуаций, пострадавшим от которого окажется население Дальнего Востока России. Если не произойдет делегирования, то надо четко понимать, что региональный бюджет должен будет взять эти затраты на себя, в том числе сверх тех нормативов, по которым сегодня выделяются средства на отрасль здравоохранения.

Весьма сложным является и вопрос управления ЛПУ муниципального уровня, которые переданы на региональный. Очевидно, что для оперативного управления такого значительного числа учреждений в любом случае будет необходимо: либо значительное расширение штатного расписания отделов регионального министерства, либо создание внутри его нового структурного подразделения. В любом случае это повлечет за собой увеличение затрат регионального бюджета на содержание аппарата управления.

Конечно, возможно и иное развитие ситуации: можно сохранить существующий порядок вещей, наделив органы местного самоуправления теми же полномочиями в области здравоохранения, но уже как отдельными государственными полномочиями. Подобным образом произошло с полномочиями по опеке и попечительству, переданными из ведения муниципальных образований в ведение субъектов Российской Федерации в 2006-м году (в подавляющем большинстве субъектов Федерации указанные полномочия были возвращены в муниципалитеты, но уже путем наделения органов местного самоуправления соответствующими государственными полномочиями субъектов РФ).

Возможная формулировка полномочия в законе субъекта: «Наделить государственным полномочием субъекта РФ по решению вопросов организации оказания медицинской помощи (за исключением специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, нарколо-гических, онкологических диспансерах, домах ребенка, центрах по борьбе с СПИДом и другими инфекционными заболеваниями и других специализиро-ванных медицинских учреждениях) в соответствии с территориальной про-граммой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной меди-цинской помощи».

Целый ряд субъектов РФ уже пошли по этому пути, закрепив расходы на эти цели в региональных бюджетах. И, тем более, что согласно Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страхо-вании граждан в Российской Федерации» с начала 2013-го года отрасль пере-шла на одноканальное финансирование из средств ОМС. Кроме того, в соответ-ствии с ним с этого же периода на финансирование за счет средств ОМС пере-шла и скорая медицинская помощь.

Вступление в силу федеральных законов 313-ФЗ, 326-ФЗ и 323-ФЗ и их реализация на территории региона вносит существенные изменения в деятель-ность системы муниципального здравоохранения. В 2012-м году нами проведе-но исследование по оценке предполагаемых рисков при передачи полномочий в сфере здравоохранения с муниципального уровня на уровень субъекта РФ на примере ЛПУ г. Хабаровска (табл. 80).

В течение 2012-го года муниципалитет г. Хабаровска прекратил испол-нять полномочия по организации медицинской помощи населению, 30 муници-пальных учреждений здравоохранения как юридические лица с имуще-ственными комплексами переданы в государственную собственность. Рассматривая перспективу развития системы здравоохранения города в условиях исполнения нового законодательства (ФЗ-313, ФЗ-326, ФЗ-323, ФЗ-83, Закон Хабаровского края № 144), рассмотрены сильные и слабые стороны, возможности и угрозы происходящих изменений.

Исходя из указанных факторов, в рамках действующего законодательст-ва, вариантом сохранения достигнутого уровня оказания медицинской помощи населению г. Хабаровска может быть модель системы, которая основана на пе-редаче полномочий по оказанию первичной медико-санитарной помощи на уровень муниципалитета.

Следует отметить, что статья 33 Федерального закона «Об основах охра-ны здоровья граждан в Российской Федерации» 323-ФЗ вкладывает новое поня-тие в определение первичной медико-санитарной помощи, включающей в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формиро-ванию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению на-селения (пункт 1) и оказываемой исключительно в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (пункт 6). В связи с чем, осуществляется пере-

дача муниципальных медицинских учреждений в собственность субъекта РФ (табл. 81).

Таблица 80

SWOT-анализ развития системы здравоохранения г. Хабаровска в условиях исполнения нового законодательства в сфере здравоохранения

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>1. Концентрация на территории Хабаровска крупных ЛПУ, деятельность которых охватывает все профили оказания медицинской помощи</p> <p>2. Наличие на территории города образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования по подготовке медицинских кадров</p> <p>3. Концентрация на одной территории структур управления системой здравоохранения, включающей организацию медицинской помощи и финансирование медицинских услуг</p> <p>4. Наличие высококвалифицированного кадрового потенциала отрасли и высших образовательных учреждений</p> <p>5. Сложившаяся система межведомственного взаимодействия с другими структурами в области охраны здоровья граждан, предотвращения эпидемических и чрезвычайных ситуаций и других государственных функций с участием отрасли здравоохранения</p>	<p>1. Недостаточная координация органов управления ЛПУ различных форм собственности, что приводит к дублированию отдельных видов медицинской помощи; к дисбалансу участия ЛПУ разной ведомственной подчиненности в Территориальной программе государственных гарантий; к дисбалансу в уровне материально-технической базы ЛПУ</p> <p>2. Отсутствует концепция развития системы здравоохранения г. Хабаровска в новых условиях исполнения полномочий по организации медицинской помощи исключительно на государственном уровне</p> <p>3. Разорванность связи науки и практики в государственном управлении системой здравоохранения и ее стратегическом развитии</p>
Возможности	Угрозы
<p>1. Формирование эффективной государственной региональной политики в сфере охраны здоровья граждан: создание системы управления здравоохранением через передачу полномочий по организации первичной медико-санитарной помощи на муниципальный уровень; создание условий для рационального использования ресурсов ЛПУ разной ведомственной подчиненности и формы собственности и расширения объемов профилактической медицинской помощи населению; создание механизма для оказания медицинской помощи населению в ЛПУ разной формы собственности на конкурентной основе; стимулирование привлечения и закрепления медицинских кадров</p> <p>2. Повышение качества и доступности медицинской помощи населению на основе внедрения стандартов и удовлетворении потребности населения в медицинских услугах</p>	<p>1. Разрыв сложившихся связей межведомственного взаимодействия между муниципальным и государственным уровнями власти по вопросам охраны здоровья граждан, медицинского сопровождения отдельных государственных функций</p> <p>2. Возможное банкротство отдельных ЛПУ, в связи с низкой эффективностью внутреннего управления медицинской организацией, изменившей правовую форму на бюджетную, предполагающую организационную и финансовую самостоятельность и отсутствие субсидиарной ответственности учредителя</p> <p>3. Потеря трудового потенциала медицинских организаций</p> <p>4. Снижение эффективности управления организацией медицинской помощи жителям г. Хабаровска за счет увеличения нагрузки на управленческий аппарат</p>

Передача муниципальных медицинских учреждений в собственность субъекта РФ ДФО на 1 ноября 2012 года

Субъекты РФ ДФО	Количество муниципальных бюджетных медицинских учреждений переданных в субъект РФ	Количество муниципальных бюджетных медицинских учреждений не переданных в субъект РФ
Саха (Якутия)	73	0
Камчатский край	0	33
Приморский край	88	0
Хабаровский край	62	34
Амурская область	21	34
Магаданская область	19	0
Сахалинская область	16	18
ЕАО	12	0
ЧАО	0	0
Итого	291	119

Наибольшее отставание по реализации планов сроков передачи ЛПУ муниципального уровня в региональную юрисдикцию имели Хабаровский край, Амурская и Сахалинская области.

Население региона постоянно задает достаточно простые вопросы представителям органов законодательной и исполнительной власти о том:

- ✓ *«Почему в течение многих лет не строились новые и не реконструировались «старые» ЛПУ?»;*
- ✓ *«Когда закончатся разговоры о том, что у каждого жителя региона, наконец, появится лечащий врач и начнется реформа перевода поликлиник на технологии медицинского обслуживания жителей по типу врача общей (семейной) практики?»;*
- ✓ *«Почему сворачиваются превентивные мероприятия по охране здоровья населения региона?»;*
- ✓ *«Почему, то в одном, то в другом населенном пункте региона с завидной регулярностью регистрируются вспышки заболеваний острой дизентерией, вирусным гепатитом, серозным вирусным менингитом и т. п.»;*
- ✓ *«Почему в течение последних десяти лет наблюдается значительный рост числа детей и подростков с хроническими заболеваниями и рост числа детей-инвалидов?».*

На эти и другие вопросы, дальневосточники получают невразумительные ответы о том, что реформа первичной медико-санитарной помощи в отрасли здравоохранения региона продолжается, растет реальное финансирование отрасли, продолжается модернизация ЛПУ и т. п. Публичные выступления руководителей субъектов РФ ДФО сводятся к перечислению «достижений» по числу закупленных компьютерных томографов, ультразвуковых сканеров, неких

мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и локализации вспышек инфекций. Но почему же все эти «неимоверные усилия» представителей органов власти в области охраны здоровья дальневосточников в течение многих лет оказываются неэффективными, ухудшаются показатели здоровья, снижается доступность, качество и безопасность медицинской помощи малоимущим, а в некоторых селах и северных поселках региона уже более 10 лет жители не видели «живого» врача?

Где, наконец, правдивая информация населению региона о том, каков реальный уровень финансирования региональных ПГГ оказания бесплатной медицинской помощи населению, когда в поликлиниках появятся участковые врачи, какова реальная санитарно-эпидемиологическая ситуация территории, когда прекратится закрытие ЛПУ в сельской местности, когда будут решены вопросы по равному обеспечению доступной, качественной и безопасной медицинской помощи дальневосточников независимо от места их проживания и материального состояния, когда, наконец, исчезнут многочасовые очереди в поликлиниках?

Налогоплательщики вправе иметь достоверную информацию по этим вопросам на основании действующего законодательства РФ. Но управляющие структуры выдают строго дозированную информацию как населению, так и представителям СМИ, что приводит к появлению различных сообщений в новостных программах регионального радио и телевидения, не всегда достоверных сведений о тех или иных проблемах охраны здоровья населения ДФО. Но в этом никак нельзя винить журналистов, поскольку в формировании достоверной и проверенной информации о здравоохранении должны быть заинтересованы управленческие структуры и, в первую очередь, органы управления здравоохранением субъектов РФ ДФО. Это позволит свести к минимуму риски социальной нестабильности, связанные с реализацией программ реформирования системы охраны здоровья населения Дальнего Востока России.

10.2. Финансовое обеспечение региональных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи

Для Дальнего Востока России в условиях меняющейся структуры финансирования и возможностей предоставления медицинских услуг населению вопрос будущего здравоохранения является предметом горячих споров и дискуссий, поскольку это, так или иначе, связано с будущим региона. Продолжающийся миграционный отток трудоспособного населения, кроме прочих причин связан с обеспечением доступности, качества и безопасности медицинской помощи. В реальной ситуации важным моментом является сохранение бездефицитного уровня финансирования региональных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в субъектах РФ ДФО.

Диагностика причин провалов в вопросах охраны здоровья населения региона требует проведения многофакторного анализа. Следовательно, дальней-

шая модернизация отрасли здравоохранения ДФО должна рассматриваться не только с точки зрения значительных инвестиций в материально-техническую базу ЛПУ, но и формирования собственных высококвалифицированных трудовых ресурсов с высоким качеством физического, психического и социального здоровья, адаптированных к сложным социально-экономическим характеристикам региона.

В то же время проводимая коррекция отечественного законодательства в виде принятия Закона РФ № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» не решит проблемы дефицита финансового обеспечения региональных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. В этой связи усиливаются риски для ЛПУ малонаселенных субъектов РФ ДФО, поскольку выполнить в рамках ПГГ запланированные виды и объемы медицинской помощи в связи с низкой плотностью населения и отсутствием транспортных связей будет чрезвычайно сложно, а оказать платные услуги во многих поселениях региона практически некому. Они будут закрыты, как и т. н. «малокомплектные школы» и другие объекты социальной инфраструктуры.

Анализ многолетних данных официальной статистики отрасли здравоохранения в ДФО по данным Росстата показывает сохранение тенденции к ликвидации части лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), которая поддерживается снижением коечного фонда стационарных подразделений ЛПУ. Что же относительно производства видов и объемов медицинской помощи, то в динамике наблюдается передача их производства из ЛПУ муниципального в ЛПУ регионального уровня. Проводимая реорганизация отрасли здравоохранения ДФО игнорирует эти процессы и не предусматривает решений по снижению уровня социальных рисков для сельских и отдаленных северных поселений.

На уровень финансирования здравоохранения определяющее влияние оказывает объем бюджетных доходов субъектов федерации и объем средств фондов обязательного медицинского страхования. Соотношение финансирования в системе муниципального и государственного здравоохранения к ВРП в 2011-м году по сравнению с 2006-м годом (годом начала реализации нацпроектов) выросло только в Камчатском крае с 5,3 % до 7,7 %. В остальных регионах Дальнего Востока произошло снижение (табл. 82).

Доля расходов на здравоохранение в консолидированных бюджетах субъектов Федерации региона в 2011-м году колебалась от 10,8 % в Республике Саха (Якутия) до 19,9 % в Магаданской области. Это именно тот факт, который органы исполнительной и законодательной власти не хотели бы обсуждать с законопослушными жителями их регионов. Что же относительно реального финансирования программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям субъектов РФ ДФО с 2006-го 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. 86).

**Финансирование здравоохранения в субъектах РФ ДФО в 2006–2011 гг.
относительно показателей ВРП и бюджета субъекта РФ ДФО**

	ГОД	Республика Саха (Якутия)	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская область	Магаданская область	Сахалинская область	ЕАО	ЧАО
Соотношение финансирования в системе муниципального и государственного здравоохранения к ВРП в %	2006	4,4	5,3	4,2	6,32	2,3	7,3	3,5	5,65	8,33
	2011	3,4	7,7	5,1	3	1,8	7,3	2,3	4,89	4,71
Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ, в %	2006	8,05	16,5	9,2	15	16	16,9	15	22,7	13
	2011	10,8	15,2	13,3	15,5	16	19,9	17	19,7	10,7

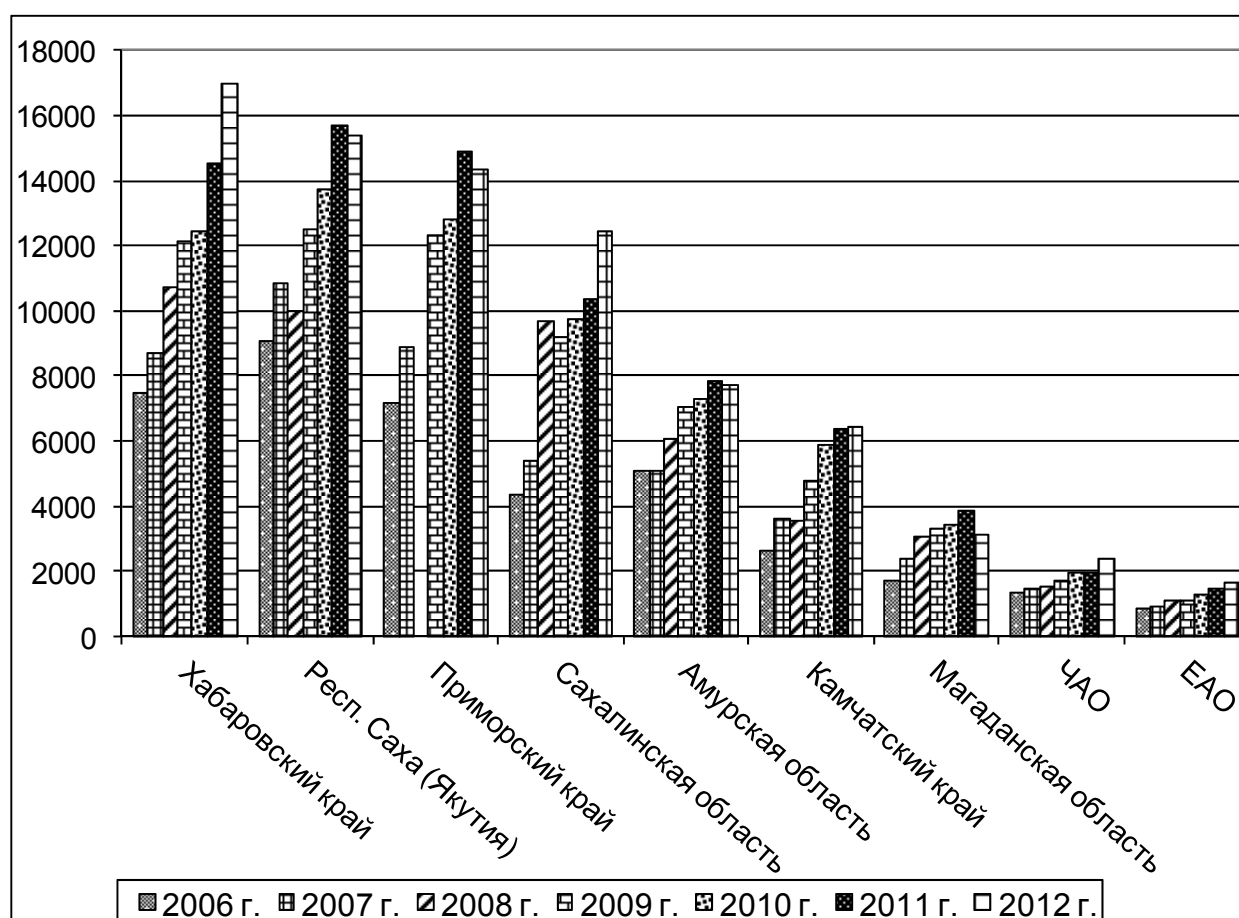


Рис. 86. Фактическое исполнение территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению субъектов РФ ДФО в 2006–2012 гг., млн рублей

В то же время, если рассмотреть более подробно сам по себе механизм формирования и исполнения ПГГ в субъектах РФ ДФО, то расчетный ее уровень в значительной мере отличается от утвержденного и еще более отличается от уровня ее 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. 87). Это указывает на хронический дефицит обеспечения ПГГ в субъектах РФ ДФО финансовыми ресурсами, на который очень мало влияния оказало финансирование региональных программ модернизации 2011-го и 2012-го гг.

А, если к этим тенденциям прибавить повсеместный рост региональных тарифов на услуги ЖКХ, а также тарифы супермонополий на электроэнергию, горюче-смазочные материалы, транспортные расходы, а также 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.

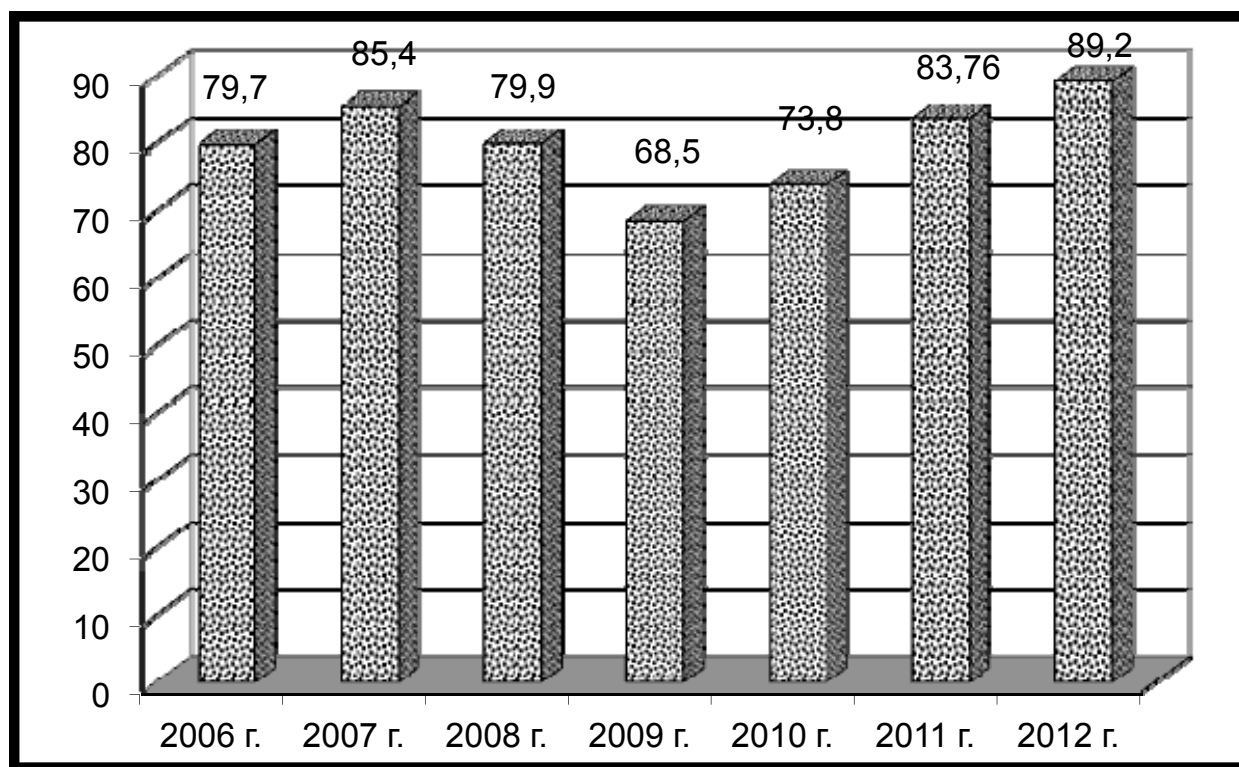


Рис. 87. Фактическое исполнение территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в ДФО в 2006–2012 гг., (в % от расчетной)

В 2011-м 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-четырех субъектах округа программы бездефицитны. В планах на 2012 год изначально также был заложен дефицит исполнения ПГГ в Республике Саха (Якутия) – 8,4 %, Хабаровском крае – 4,4 %, Амурской области – 15,5 %, Еврейской автономной области – 23,3 %). Анализ оперативных данных по итогам 2012 г. (табл. 83) показывает, что прогнозы оправдались, поскольку только трем субъектам РФ ДФО из девяти, удалось фактическое исполнение финансового обеспечения ПГГ в полном объеме.

Финансовый дефицит программ государственных гарантий оказания дальневосточникам бесплатной медицинской помощи ведет к острой нехватке лекарственных препаратов, низкому качеству питания в ЛПУ и, в конечном итоге, к снижению доступности медицинской помощи жителям региона.

В целом по Дальневосточному федеральному округу исполнение планов финансового обеспечения ПГГ колебалось от 79 до 89,2 %, что как раз и не во всех случаях позволяет выполнять принятые в России стандарты оказания медицинской помощи населению с учетом особенностей половозрастного состава населения региона, а также уровня и структуры заболеваемости.

Органы государственной власти субъектов РФ ДФО в соответствии с федеральными нормативами разработали и утвердили территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014–2015 годов.

В связи с этим следует отметить, что Правительством РФ в ПГГ на выше указанные годы было введено несколько новых положений.

I. Существенно снижен средний норматив объема стационарной помощи: с 2,78 койко-дня на одного жителя в 2012-м году до 2,35 койко-дня в 2015-м году, в рамках базовой программы ОМС – с 1,894 до 1,59 соответственно. Это должно привести к структурным преобразованиям в системе оказания медицинской помощи как за счет переноса объемов стационарной помощи на амбулаторный этап (поликлиники, дневные стационары), так и сокращения избыточного коечного фонда. Вместе с тем, рост объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров является не настолько значительным, как сокращение стационарной помощи. Так, число пациенто-дней на одного жителя увеличивается с 0,59 в 2012-м году до 0,71 в 2015-м году (или на 0,12 пациенто-дня), в рамках базовой программы ОМС – с 0,49 до 0,59 соответственно (или на 0,1 пациенто-дня);

II. Дифференцируются средние нормативы объемов медицинской помощи на основе введения новых показателей – посещения с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также посещения по оказанию паллиативной медицинской помощи), посещения по неотложной медицинской помощи, обращения в связи с заболеванием, койко-дни паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

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

	2006 г.		2007 г.		2008 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)	фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)	фактическое исполнение	фактическое исполнение (в % от расчетной)
Субъекты РФ ДФО														
Республика Саха (Якутия)	9 103,4	86,6	10 826,3	96,2	10 017,0	87,8	12 485,8	74,8	13 734,2	82,5	15 714,00	94,57	15 412,2	90,7
Камчатский край	2 621,4	67,9	3 645,2	97,6	3 549,9	88,5	4 766,4	78,0	5 896,5	93,2	6 386,90	94,44	6 460,1	106,0
Приморский край	7 170,5	68,7	8 919,2	72,1	0,0	0,0	12 325,4	53,2	12 842,0	55,6	14 910,58	64,48	14 320,8	64,9
Хабаровский край	7 473,7	86,1	8 694,1	91,3	10 757,3	103,1	12 171,9	71,4	12 449,1	73,2	14 546,90	83,01	16 976,5	98,1
Амурская область	5 115,8	90,7	5 065,9	87,0	6 053,6	96,2	7 028,8	66,3	7 303,3	69,6	7 832,90	74,94	7 726,8	79,0
Магаданская область	1 701,0	71,5	2 378,3	84,2	3 078,9	89,8	3 311,5	68,8	3 462,5	79,8	3 863,82	96,16	3 106,6	140,4
Сахалинская область	4 364,2	73,8	5 418,0	76,7	9 705,0	136,9	9 183,7	74,5	9 756,3	83,0	10 339,90	101,12	12 435,7	110,8
Еврейская АО	838,4	80,5	908,6	84,4	1 116,1	92,4	1 121,2	84,5	1 265,0	60,1	1 465,15	69,82	1 632,8	78,2
Чукотский АО	1 335,6	95,1	1 447,9	83,4	1 546,5	95,1	1 727,9	120,0	1 941,1	159,9	1 991,82	170,78	2 414,4	97,1
ДФО	39 723,9	79,7	47 303,5	85,4	45 824,3	79,9	64 122,6	68,5	68 650,3	73,8	8 561,33	83,76	80 485,8	89,2

Примечание.* – оперативные данные на 01.02.2013 г.

Это дает возможность запланировать рост объемов тех конкретных видов помощи, развитие которых является приоритетным (профилактические мероприятия, паллиативная помощь, медицинская помощь в амбулаторных условиях). Вместе с тем, рост числа посещений по неотложной медицинской помощи (с 0,36 в 2013-м году до 0,6 в 2015-м году) происходит при сохранении неизменным норматива объема скорой медицинской помощи: 0,318 вызова на весь период 2013–2015 годов;

III. Приведена новая классификация рекомендуемых способов оплаты медицинской помощи (из утвержденного на 2012 год перечня исключены неэффективные способы, например оплата по среднепрофильному койко-дню), что позволяет конкретизировать требования к территориальным программам ОМС в отношении выбора, ориентированного на результат способа оплаты.

В рамках ПГГ бесплатно предоставляются четыре основных вида медицинской помощи населению.

Во-первых, это по-прежнему первичная медико-санитарная помощь. При этом прописано, что это в т. ч. доврачебная, врачебная и специализированная помощь.

Во-вторых, это по-прежнему специализированная, в т. ч. высокотехнологичная, медпомощь.

В-третьих, это скорая, в т. ч. скорая специализированная, медпомощь (ранее – скорая, в т. ч. специализированная (санитарно-авиационная), медпомощь).

В-четвертых, это новый вид – паллиативная медпомощь в медицинских организациях.

Закреплено, что при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, паллиативной помощи в стационарах, специализированной, скорой помощи граждане обеспечиваются лекарствами из списка ЖНВЛП и изделиями медицинского назначения, которые предусмотрены федеральными стандартами (порядками и протоколами).

Кроме того, в ПГГ на 2013–2015 гг. установлено, что в рамках базовой программы ОМС финансируются диспансеризация отдельных категорий граждан, применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством, а также медицинская реабилитация.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные федеральной ПГГ (без учета расходов федерального бюджета), составляют в 2013-м году 9 032,5 рубля (на 1 399,1 рубля больше, чем в 2012-м году), в 2014-м году – 10 294,4 рубля, в 2015-м году – 12 096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013-м году – 5 942,5 рубля, в 2014-м году – 6 962,5 рубля, в 2015-м году – 8 481,5 рубля.

Вполне естественно, что формирование планов финансового обеспечения ПГГ в 2013–2015 гг. в субъектах РФ ДФО должно строиться не только на вышеуказанных федеральных нормативах, но и на анализе фактического исполне-

ния региональных ПГГ в предыдущие годы. Анализ динамического ряда этих показателей, хоть и указывает на определенные перспективы исполнения планов, однако риски неполного обеспечения финансовыми ресурсами ПГГ в регионе сохраняются в отдельных территориях, таких как ЕАО, Амурская область и Приморский край (рис. 88). Именно эти субъекты РФ ДФО в течение 2006–2012 гг. находились на том уровне подушевого финансирования ПГГ, когда практически невозможно обеспечить население доступной, качественной и безопасной медицинской помощью, что нашло свое отражение в показателях здоровья населения этих территорий.

В 2012-м году, по нашему мнению, пороговой цифрой минимума подушевого финансового обеспечения ПГГ являлось 10 тыс. рублей на одного жителя, и именно в вышеуказанных субъектах РФ ДФО этот порог не был преодолен (ЕАО – 9 247,7 руб., Амурская обл. – 9 404,9 руб., Приморский край – 7 669,4 руб.). Что же относительно 2013–2015 гг., то, вполне естественно все без исключения субъекты РФ ДФО предусмотрели рост подушевого финансирования своих ПГГ.

10.3. Региональные программы модернизации здравоохранения ДФО

Традиционно в реальных условиях современной России сохраняются противоречивые отношения организатора здравоохранения и практикующего врача. С одной стороны, эти отношения патерналистские – чиновник «знает», что надо делать в реальной ситуации и сделает все к лучшему, даже против воли практикующего врача. С другой стороны, в рыночных условиях для практикующего врача существует определенный уровень свободы выбора – принимать или не принимать навязываемую почти насильно идеологию реформирования отечественного здравоохранения. В этой связи следует отметить, что противоречивые мотивы не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни. В сопоставимом анализе международного и русского исторического опыта патернализм связан, хотя и не жестко, с представлениями о преобладающей важности общественных интересов. Тем не менее, патернализм в чем-то сродни рабству, когда в силу сегодняшних обстоятельств практикующий врач вынужденно зависит от чиновника.

Рынок и модернизация. По мере роста управляющих структур в России (по разным данным на 600 тыс. увеличилась их число в рамках рыночных преобразований) в разы увеличилось число различных форм отчетов, справок, контрольных форм и т. п., которые заполняют медицинские работники, как правило, в ущерб объему и качеству лечебной работы. Именно они определяют, в каком направлении будет развиваться здравоохранение – эта важная отрасль народного хозяйства, какую информацию предоставлять населению, какие виды медицинской помощи должны быть бесплатными, какие платными и сами устанавливает «правила игры».

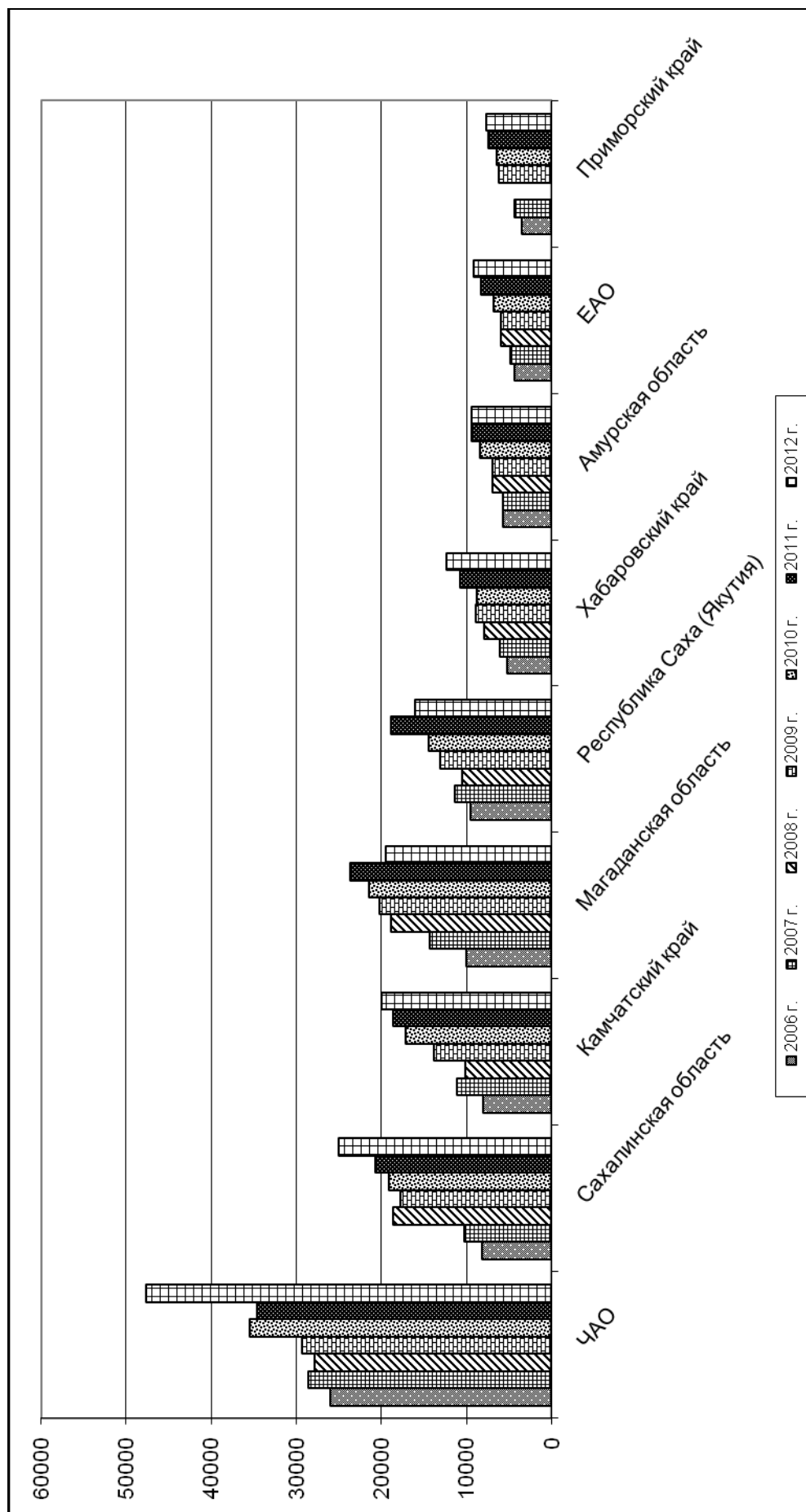


Рис. 88. Фактическое подушевое финансирование территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению субъектов РФ ДФО в 2006–2012 гг. (руб.)

Для некоторых руководителей органов управления здравоохранением стали крылатыми выражения типа «Мы оказали помощь больнице», «Мы поможем жителям города сохранить свое здоровье» и т. п. Позвольте, но ведь органы власти содержатся на средства налогоплательщиков, следовательно, речь должна идти не о «помощи», а о выполнении своих прямых должностных обязанностей по отношению к налогоплательщиками. К сожалению, налогоплательщики пока не требуют отчета от чиновников, находясь в путях психологии социализма, когда реализовывалась рабская психология взаимоотношений между органами власти и простыми гражданами.

Известный японский писатель начала XX века Акутагава Рюноске, рассуждая о вероятных перспективах борьбы с рабской психологией в тогдашней Японии, писал: «Уничтожить рабство – значит, уничтожить рабское сознание. Но нашему обществу без рабского сознания не просуществовать и дня...».

Российскому обществу в течение длительного времени внушалась и продолжается внушаться мысль о бесплатности и некоей ущербности отечественного здравоохранения. Негативное влияние таких публикаций на взаимоотношения пациентов и медицинских работников, формирование атмосферы недоверия между врачом и пациентом сегодня, несомненно, подогревается недалекими людьми. Сегодня, как никогда, крайне необходимо, чтобы реформирование здравоохранения стало предметом обсуждения самых широких слоев дальневосточного сообщества. А взаимоотношения врача и пациента строились с позиций правды, какой бы горькой она не была.

Пациенты должны знать истинное положение вещей в отечественном здравоохранении и главную проблему, которая очень негативно влияет на взаимоотношения врача и пациента – хронический недостаток средств на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь и уровень непрофессионализма представителей управляющих структур.

К сожалению, признание российским законодательством права пациента на распоряжение своим телом, на дачу согласия на медицинское вмешательство застало наше общество и медицину в состоянии неготовности признать за пациентами разумность в принятии решений, неготовности чиновников в отрасли здравоохранения отказаться от преимуществ, даруемых положением «вершителя судьбы», неготовности граждан и пациентов к отстаиванию своих интересов.

За спиной производителей медицинских услуг находятся чиновники, страховые организации и фонды, производители лекарств и т. п. Производители медицинского оборудования, товаров медицинского назначения, лекарств в сложившихся обстоятельствах и разгула коррупции «приватизировали» влияние на многие управленческие решения, в том числе и по направлениям реформирования здравоохранения. Интересы этих, тесно связанных между собою групп, как правило, не совпадают с интересами пациентов и практикующих врачей.

В этой ситуации граждане России являются естественной и главной силой, которая может подвинуть отечественное здравоохранение к реформам, а общественные институты – к установлению публичного контроля за охраной

здоровья населения, окружающей среды, санэпидблагополучия территории, за расходованием средств и качеством медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий и т. п.

Как бы нам не хотелось сохранить романтические представления о профессии врача, как о профессии некоего «сообщества альтруистов», следует признать рыночные реалии сегодняшнего дня. А они достаточно прозаичны. Товарно-денежные отношения и суровая действительность показывает, что медицинская услуга, несмотря на всю ее специфичность, все же является особым «товаром» с присущими ему экономическими характеристиками (ценой, качеством и т. п.) в системе рыночных координат новой экономической модели развития российского общества.

Общество не противится тому, что некоторые его члены за свои «экономические достижения» на грани или за пределами действия законов и здравого смысла сколотили огромные капиталы и покупают футбольные клубы за рубежом. Руководители некогда государственных отраслей народного хозяйства, став генеральными директорами акционерных обществ, назначили себе вознаграждение, измеряемое «астрономическими» для среднестатистического россиянина суммами в долларах. Сегодня среднестатистический чиновник в отрасли здравоохранения имеет среднемесячные доходы в разы выше, чем у среднестатистического врача государственного ЛПУ.

Вышеперечисленное поведение заразно, как высококонтагиозная инфекция. Следовательно, те медицинские работники, которые приспособились к работе в новых экономических условиях, тоже могут в качестве приоритета установить для себя некие параметры вознаграждения за произведенное количество и качество медицинских услуг. Следует отметить, что эти тенденции формируются как в государственном, так и за пределами государственного сектора здравоохранения. Что касается сочетания экономических и рыночных с одной стороны, и моральных и этических принципов с другой стороны, то в работе любого практикующего врача, чем бы он ни занимался, они всегда присутствуют. Без соблюдения их сочетания современная медицина существовать просто не сможет.

По нашему мнению модернизация отечественного здравоохранения должна проводиться в открытом режиме, что позволит налогоплательщикам видеть не только ее достижения, но и ее дефекты. В реальных условиях здравоохранения Дальнего Востока России имеется риск того, что на модернизацию отрасли истрачены значительные средства, но эффективность их реализации окажется недостаточной для достижения поставленных в региональных программах целевых ориентиров. Поскольку эффективность – это свойство системы достигать конечной цели, т. е. получать продукт труда с заданным качеством в заданных условиях и обусловленные достижением цели результаты или эффект от них.¹² В широком смысле эффективность – это комплексная характеристика потенциальных и реальных результатов функционирования системы

¹² Уйба В.В. с соавт. Экономические методы управления в здравоохранении. (В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов) – Новосибирск : ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

здравоохранения региона, учитывающая степень соответствия этих результатов главным целям программы реформирования отрасли.

Здоровье дальневосточников и программы модернизации. Снижение показателей здоровья населения региона является отражением результатов деятельности системы здравоохранения Дальнего Востока России. Проведенный нами анализ исходных параметров здравоохранения как по медицинской результативности, так и по доступности медицинской помощи и эффективности ресурсов здравоохранения, до начала реализации региональных программ модернизации здравоохранения, не вселял оптимизма (табл. 84).

В сложившейся кризисной социально-экономической ситуации на Дальнем Востоке России для определения реальных планов модернизации здравоохранения большое значение имеет не только динамика показателей заболеваемости населения, но и показатели медицинской результативности (младенческая смертность, смертность лиц трудоспособного возраста и удовлетворенность населения оказываемой медицинской помощью).

За годы рыночных реформ значительно снизился уровень физического развития подрастающего поколения и качество жизни большинства семей дальневосточников. Показатель младенческой смертности в ДФО колеблется от 7,51 на 1 000 родившихся живыми в Сахалинской области до 15,0 на 1 000 родившихся живыми в Еврейской автономной области. Причем в семи из девяти субъектов РФ ДФО этот показатель превышает 10 ‰, что указывает на неблагоприятие в реализации стратегии социальной политики ДФО по охране здоровья семьи в целом и ЛПУ службы охраны здоровья матери и ребенка в частности. Уровень смертности населения трудоспособного возраста ДФО значительно превышает ее показатели в других федеральных округах РФ, что говорит о неблагоприятных предпосылках формирования трудовых ресурсов региона.

Смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения (случаев на 100 000 человек) колеблется от 226,2 в Приморском крае до 411,6 в ЧАО; смертность этой же группы населения от злокачественных новообразований составляет от 75,8 в Республике Саха (Якутия) до 105,1 в Сахалинской области и, наконец, смертность трудоспособного населения от травм колеблется от 122,0 в Приморском крае до 391,2 в ЧАО. Ежегодно в ДФО более 27 тыс. мужчин и более 7 тыс. женщин трудоспособного возраста умирает от вышеуказанных причин. Поэтому основным результатом региональных программ модернизации, после показателя младенческой смертности, стал показатель смертности населения трудоспособного возраста от БСК, ЗНО и травматизма.

Наблюдается поступательное движение ухудшения качества трудовых ресурсов региона. Уровень безработицы по МОТ (7,9 %) в ДФО выше среднероссийского уровня. Группа субъектов с самым высоким уровнем безработицы представлена ЕАО, Республикой Саха (Якутия) и Камчатским краем, где уровень безработицы превышает среднероссийский уровень в 1,6-1,4 раза. Самый низкий уровень безработицы в Чукотском АО и в Амурской области.

Таблица 84

**Исходные показатели результатов деятельности систем здравоохранения субъектов РФ ДФО в 2010 г.
(по данным региональных программ «Модернизация здравоохранения на 2011—2012 годы»,
принятых постановлениями региональных правительств субъектов РФ ДФО в 2010 г.)**

	Показатели медицинской результативности										Показатели доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов					
	младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения (случаев на 1 000 000 человек)	смертность населения в трудоспособном возрасте от ЗНО (случаев на 1 000 000 человек)	смертность населения в трудоспособном возрасте от травм (случаев на 1 000 000 человек)	удовлетворенность населения медицинскими услугами (%)	средняя стоимость оказания медицинской помощи (руб.)	размер дефицита ППГ бесплатной медицинской помощи (%)	размер дефицита ППГ платной медицинской помощи (%)	размер дефицита ППГ платной медицинской помощи (%)	размер дефицита ППГ платной медицинской помощи (%)	средняя номинальная заработная плата медицинских работников (руб.)	фондовооруженность учреждений здравоохранения на одного врача (руб.)				
Республика Саха (Якутия)	8,9	238,5	75,8	250,9	30,5	315,0	3 067,16	21,9	29,0	19 065,10	2 985 346,2					
Камчатский край	11,4	282,3	92,7	145,0	46,4	312,00	3 286,70	22,00	43,4	28 073,0	792 077,4					
Приморский край	10,6	226,2	86,1	122,0	32,1	333,0	1 624,68	46,98	38,2	15 506,0	418 053,1					
Хабаровский край	10,3	256,1	80,5	209,3	79,1	327,0	2 731,8	31,1	34,7	17 101,0	1 899 074,0					
Амурская обл.	13,0	236,5	91,6	288,5	32,3	295,3	1 294,9	33,7	33,19	15 500,0	604 102,1					
Магаданская обл.	10,8	321,2	100,9	231,3	30,5	333,0	4 100,3	27,5	37,5	19 719,2	1 678 294,9					
Сахалинская обл.	7,51	266,0	105,1	281,9	26,0	331,1	466,0	0,00	28,8	26 713,0	1 203 810,0					
ЕАО	15,0	297,2	96,30	296,4	29,2	328,0	1 695,5	44,64	53,6	18 586,0	594 881,0					
ЧАО	12,6	411,6	100,0	391,2	49,0	335,2	22 643,04	0,00	18,0	33 128,0	2 510 358					

Среди безработных ДФО преобладают молодые мужчины, не имеющие профессионального образования. Это указывает на низкий уровень качества профессионально-образовательной подготовки трудового потенциала в регионе, что не отвечает современным запросам рынка труда. По нашим оценкам структурная (несоответствие квалификации работника имеющимся вакансиям) часть безработицы в округе составляет 35-40 %.

Она вызвана нехваткой специалистов с навыками новых профессий, особенно высококвалифицированных рабочих и специалистов со среднетехническим образованием.

Иностранная рабочая сила в ДФО используется, прежде всего, в строительстве, торговле и сельском хозяйстве и имеет, как правило, низкую квалификацию. Более 85 % официально зарегистрированной иностранной рабочей силы составляют граждане Китая (43 %), КНДР (15 %) и стран СНГ (28 %): в основном они востребованы в Приморском крае, Хабаровском крае и Амурской области.

Исключительная значимость ДФО для реализации интересов России, потребность противодействия угрозе демографической и экономической экспансии со стороны сопредельных государств и реальной опасности его вынужденной переориентации во вне России требуют новых подходов. Меры, обеспечивающие экономическую, социальную и психологическую привлекательность проживания в округе собственного (постоянного) населения, не охватывают всех сфер его жизнедеятельности – ДФО отстает от среднероссийского уровня фактически по большинству показателей, характеризующих качество жизни и здоровья населения.

Показатели эффективности использования ресурсов и доступности медицинской помощи как результирующий компонент работы системы здравоохранения неоднозначны. В частности, среднегодовая занятость круглосуточных коек в стационарах колеблется от 295,3 в Амурской области до 335,2 в ЧАО, что естественно не отражает реальной действительности, поскольку по многолетним данным опросов пациентов региональных ЛПУ до 20 % из них покидают больницы в субботние, воскресные и праздничные дни.

«Вполне естественно», что в дни отсутствия они числятся как пациенты стационарных отделений со всеми вытекающими отсюда последствиями – ведение истории болезни, отпуск медикаментов, обеспечение питанием, оплата труда персоналу, продление листка нетрудоспособности и прочее. Причем, чем ниже уровень оперативной активности подразделений ЛПУ и выше возраст пациентов, тем чаще они покидают круглосуточный стационар под различными предлогами. Как ни странно, но этими вопросами весьма редко «интересуются» управляющие структуры и представители системы ОМС, в частности страховые компании. Ни для кого не является секретом, что именно эта часть пациентов должна получать медицинскую помощь в дневных стационарах поликлиник. Экономические потери в связи с данным явлением, остаются «за кадром» программ модернизации и управляющих структур региона.

Размер страховых взносов за неработающее население имеет значительные колебания в пределах субъектов РФ ДФО в 2010 г. – от 466,0 руб. в Сахалинской области, до 22 643,04 руб. в ЧАО, что в конечном итоге отражает реальные возможности региональных бюджетов и до настоящего времени не нормировалось на федеральном уровне.

Параллельно подвергаются сокращению штатные расписания преимущественно лечебных подразделений ЛПУ, где производятся виды и объемы медицинской помощи и формируются счета на оплату произведенных медицинских услуг в страховые медицинские организации и другим плательщикам. На этом фоне наблюдается повсеместный рост управленческого аппарата систем здравоохранения и ЛПУ как регионального, так и муниципального уровня. Во многих медицинских учреждениях регионального уровня в преддверии модернизации имелось до 8-10 заместителей главного врача, а число счетных работников превышало 20-30 должностей.

Внутрирегиональная миграция медицинских кадров дополнялась их миграцией в центральные регионы России, страны ближнего и дальнего зарубежья. Во многих ЛПУ сформировался устойчивый дефицит врачей различных специальностей: участковых терапевтов, анестезиологов-реаниматологов, хирургов, лаборантов и других.

Фондовооруженность ЛПУ на одного врача территорий ДФО в 2010 г. имела значительную разницу. Колебания составляют от 594 881,0 руб. на одного врача в ЛПУ Еврейской автономной области до 2 985 346,2 руб. на одного врача в ЛПУ Республики Саха (Якутия). Следует отметить, что, если этот значительный разрыв не будет компенсирован в ближайшие годы, то добиться выполнения разделов программ модернизации по переходу на федеральные стандарты оказания медицинской помощи (порядки и протоколы) для многих субъектов РФ ДФО станет недостижимой целью.

Некоторые итоги реализации региональных программ модернизации здравоохранения ДФО в 2011–2012 гг. Еще в 2010-м году были приняты важнейшие решения об увеличении страховых взносов в систему ОМС на 2 процентных пункта от фонда оплаты труда и об их направлении на финансирование реализации региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации. После отмены с 2010-го года Единого социального налога, который составлял 26 %, социальные ведомства правительства РФ настояли на увеличении страховых взносов до 34 % в 2011-м году. Причем сделано это было вопреки возражениям тогдашнего министерства финансов РФ. За прошедшие с тех пор годы бизнес ушел в тень, реальные зарплаты россиян выросли на 0,4 % против 5,1 % в 2010-м году, правительство признало ошибочность подобных мер, а ставки страховых взносов были снижены до 30 %. Два года дополнительные 2 %, рассчитываемые от потенциальной зарплаты каждого работника, шли на модернизацию здравоохранения в России.

Всего на реализацию всех региональных программ модернизации отечественного здравоохранения было направлено 704 млрд рублей. Больше половины из них (460 млрд) – субсидии Фонда обязательного медицинского страхова-

ния. Значительная часть средств была направлена на модернизацию детского здравоохранения, повышение доступности медицинской помощи жителям сельских районов и на решение проблем «информатизации» ЛПУ.

Почти 8 миллиардов рублей «подъемных» было выдано молодым врачам, направленных на укрепление кадров сельских ЛПУ (по 1 млн руб. на человека). Было «модернизировано» 4,5 тысяч сельских амбулаторий. Еще 48,5 тыс. прошли процедуры по «повышению эффективности». Помимо этого, около 20 тысяч машин скорой помощи и 2,5 тысяч диспетчерских станций были оборудованы системой ГЛОНАСС. В то же время, по мнению Председателя Правительства РФ Д.А. Медведева большая часть субъектов РФ справилась с освоением средств на программные мероприятия модернизации здравоохранения всего на 75-80 %. Хотя причины этого явления до сих пор не названы, но они лежат на поверхности – это, прежде всего низкий уровень ответственности за порученное дело и непрофессионализм современного управленческого корпуса отрасли как на федеральном, так и на региональном уровне.

Рассматривая труд как основной элемент создания регионального богатства, следует любую тенденцию снижения уровня производительности труда в связи с болезнью и смертью рассматривать как важную экономическую проблему. Поэтому модернизацию отрасли здравоохранения региона следует позиционировать, в первую очередь, с точки зрения решения проблем стратегии экономического развития ДФО. Осенью 2010-го года провинциальные регионы страны с завидным энтузиазмом принялись разрабатывать региональные программы модернизации. Ведь эти программы сулили получение дополнительных финансовых ресурсов на вывод отрасли из хронического кризиса, в частности кадрового.

Одним из основных факторов закрепления медицинских кадров в лечебных учреждениях является уровень заработной платы, который пока не обеспечивает повсеместно достойного уровня жизни данной категории работников в РФ. Среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников субъектах РФ в ДФО на 01.01.2010 г. колебалась от 15 506,0 руб. в Приморском крае до 33 128,0 руб. в Чукотском автономном округе. Это, как минимум, на 25-30 % ниже, чем в хозяйствующих объектах соответствующих территорий, что поддерживает устойчивую миграцию медицинских работников, как внутри, так и за пределы системы здравоохранения.

Тем не менее, если рассматривать этот показатель в динамике, то именно его динамика должна настраивать на позитивный лад. В 2000-м году в ДФО заработная плата в здравоохранении практически была равна прожиточному минимуму, что не вселяло уверенности в будущее большинства врачей и медицинских сестер. К 2008-му году уровень заработной платы медицинских работников региона уже можно было сравнивать с показателем в среднем по его экономике. Тем не менее, она сформировалась на уровне 55 % от средней заработной платы, сложившейся в экономике Дальнего Востока. В 2012-м году ее уровень стал всего на 33 % ниже средней заработной платы по региону.

В этой связи, медицинских работников должен настраивать на позитивный лад Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597. Если он будет исполнен, то заработная плата медицинских работников к 2018-му году достигнет уровня 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Если следовать справочникам, то слово «модерн» означает современный, модный. Следовательно, если говорить о модернизации здравоохранения региона, то следует предполагать переход на современные рельсы всей системы охраны здоровья населения Дальнего Востока России. Таким образом, модернизация должна охватывать все, 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 формировала связь уровня заработной платы врачей с конкретными результатами их работы.

Однако пока в качестве стратегии модернизации предлагается следующий алгоритм. «Сначала поставим новое оборудование и внедрим новые технологии в ЛПУ. Это приведет к повышению производительности труда врачей, медицинских сестер, увеличению производства медицинских услуг и повышению показателей здоровья дальневосточников». Инвестиции на запуск всей этой цепочки получены из федерального бюджета, следовательно, региональным правительствам ДФО останется только контролировать финансовые потоки. Сегодня эта ошибочная и зачастую вредная идеология модернизации отрасли культивируется в определенных кругах управляющих структур региона.

Нам представляется, что модернизация – это, прежде всего не экономический, а социокультурный процесс. Поэтому сначала должны измениться представители персонала, руководители ЛПУ и пациенты, их сознание и поведение в рыночных условиях, а уже эти изменения в качестве результата дадут рост производства медицинских услуг, а в обозримом будущем, и рост показателей здоровья дальневосточников. Поэтому к месту по этому поводу следует привести слова профессора Преображенского из «Собачьего сердца» Булгакова, который был прав, когда говорил, что «разруха не в клозетах, а в умах».

Программа модернизации стала крупнейшим проектом в сфере отечественного здравоохранения после приоритетного национального проекта «Здоровье». Итоги модернизации отрасли 2011–2012 гг. неоднозначны. Конечно, в развитие медицины вложили значительные средства, которые были направлены на улучшение материально-технической базы медучреждений, информатизацию системы здравоохранения, а также внедрение новых, современных стандартов оказания медицинской помощи (табл. 85).

Объем средств, выделенных на исполнение программ модернизации, 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.

**Реализация мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы
по состоянию на 1 января 2013-го года**

Реализация мероприятий	Саха (Якутия) Республика										ДФУ
	Камчатский край	Приморский край	Хабаровский край	Амурская обл.	Магаданская обл.	Сахалинская обл.	ЕАО	ЧАО	ДФУ		
Задача 1 Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения											
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	5 196 840	2 269 493	3 776 473	3 318 543	1 380 010	1 492 669	1 710 711	483 125,7	556 108,6	20 183 973	
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	4 367 617	1 901 363	2 097 751	3 289 098	1 186 006	1 102 198	1 499 927	188 627,6	404 042	16 036 630	
% расходовании финансирования	84,0	83,8	55,5	99,1	85,9	73,8	87,7	39,0	72,7	79,5	
Задача 2 Внедрение современных информационных систем в здравоохранение											
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	389 253,7	156 563,7	393 693,2	235 769,1	153 943	108 696,9	181 842,8	34 521,9	18 407,6	1 672 692	
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	324 490,5	153 721	0	235 768,9	129 278,6	35 958,3	164 634,2	847,7	0	1 044 699	
% расходовании финансирования	83,4	98,2	0,0	100	84,0	33,1	90,5	2,5	0,0	62,5	
Задача 3 Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи											
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	3 138 956	1 163 210	3 296 242	4 326 363	2 264 771	1 082 643	3 296 807	111 292,5	74 104,2	18 754 387	
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	2 983 122	1 124 628	1 935 540	4 322 905	1 988 503	1 033 748	3 269 377	104 250,1	72 784	16 834 856	
% расходовании финансирования	95,0	96,7	58,7	99,9	87,8	95,5	99,2	93,7	98,2	89,8	
ИТОГО по задачам											
Предусмотрено средств в программе модернизации здравоохранения, тыс.рублей	8 725 049	3 589 267	7 466 408	7 880 675	3 798 724	2 684 008	5 189 360	628 940,1	648 620,4	40 611 052	
Израсходовано средств по состоянию на 01.01.2013, тыс.рублей	7 675 229	3 179 712	4 033 292	7 847 772	3 303 787	2 171 904	4 933 938	293 725,4	476 826	33 916 185	
% расходовании финансирования	88,0	88,6	54,0	99,6	86,9	80,9	95,1	46,7	73,5	83,5	

рублей (20,5 % от общего объема финансирования), из ТФОМС – 0,51 млрд рублей (14,7 % от общего объема финансирования).

На 1 января 2013-го 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 %).

Среди дальневосточных регионов 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 %). Причин и объяснений со стороны ответственных исполнителей региональных программ модернизации всех уровней великое множество – от «несвоевременного поступления финансовых ресурсов из федерального бюджета», до иных «препятствий», которые не позволили должностным лицам своевременно исполнять свои прямые функциональные обязанности по управлению 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».

В дополнение к этому, анализ хода реализации 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; недостаточная настойчивость ряда руководителей учреждений и организаций здравоохранения, а также органов управления здравоохранением субъектов РФ ДФО в поиске путей решения поставленных задач. Эти дефекты указывают на низкий уровень качества подготовки управленческих кадров в отрасли.

Тем не менее, итоги реализации программы модернизации в регионе следует оценивать со сдержанным оптимизмом. К началу 2013-го 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.

Тем не менее, в 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-мя врачами.

Если говорить о наиболее востребованной и значимой услуге как «запись к врачу в электронном виде» (в рамках направления программы «внедрение современных информационных систем в здравоохранение»), то по региону можно привести только единичные примеры. Лидерами по реализации этого направления модернизации являются ЛПУ Амурской области, Чукотского автономного округа и Приморского края.

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

Дальневосточные субъекты РФ располагают большими запасами фармацевтического сырья, эндемики, произрастающие на нашей территории, уникальны. Кроме того, регион обладает значительными запасами морских биоресурсов. То есть, для развития собственного фармацевтического производства имеются определенные возможности.

В то же время мониторинг обеспечения населения регионов Дальнего Востока лекарственными средствами показал, что еженедельно на отсроченном обслуживании в округе находятся от 150 до 220 рецептов, до 50 % от общего числа рецептов приходится на долю Приморского края, причем, только в этом субъекте РФ имеются рецепты на отсроченном обслуживании свыше 10-ти дней, что нарушает права человека на своевременное лекарственное обеспечение. Приморский край лидирует и по числу жалоб на получение лекарственной помощи: 80 % от общего числа жалоб по лекарственному обеспечению в округе – из Приморского края. И, хотя по сравнению с 2000-м годом, ситуация с лекарственным обеспечением населения ДФО значительно улучшилась, сохраняется тенденция необоснованного завышения цен на лекарственные препараты и отсутствия необходимого ассортимента медикаментов в ЛПУ.

Между тем результат финансовых вливаний 2011–2012 гг. в региональное здравоохранение заметен лишь руководителям здравоохранения. Многие медицинские работники и пациенты продолжают говорить о том, что проводимая модернизация отрасли пока не сказывается ни на качестве производства медицинских услуг, ни на уровне здоровья пациентов. Причем как производители, так и потребители медицинских услуг в качестве основной причины неудач реализации программ модернизации не всегда указывают на воровство. Часто причиной неэффективного расходования средств становится невежество специалистов управляющих структур отрасли. Дорогостоящие аппараты могут годами стоять без дела, так как никто не обучает врачей ими пользоваться, возможности современных цифровых рентгеновских установок и ультразвуковых сканеров используется на 25-40 % и т. п.

Оказывается, что модернизация отрасли реализуется на фоне вечных проблем управления (низком уровне подготовки и безответственности руководителей ЛПУ, непрозрачности закупок, дефицита персонала, плачевного состояния основных фондов, дефективного планирования и т. п.). Причем региональные власти это признают, говоря о том, что существует множество нерешенных проблем – это и формальный характер финансирования региональных программ модернизации, и недобросовестные и несостоятельные поставщики, и неэффективное расходование средств и т. п.

В целом же следует обратить внимание на то, что в ДФО продолжает реализовываться идеология «экономии» на здоровье населения, а кроме того, 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 резко снижает уровень и эффективность мер профилактики заболеваний, которые могут быть реализованы только на амбулаторном этапе. Кроме того, модераторы региональных программ модернизации здравоохранения не всегда учитывают опыт реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» в субъектах РФ ДФО.

А ведь, обратившись в совсем недалекое прошлое, до того как заняться модернизацией здравоохранения региона, власти субъектов РФ ДФО несколько лет реализовывали нацпроект «Здоровье», на который по России в целом было истрачено более 300 млрд руб. Как ранее сообщали СМИ, будучи в должности вице-преьера Правительства РФ, Александр Жуков докладывал, что благодаря нацпроекту «Здоровье» за последние пять лет в России в 3,5 раза уменьшилась естественная убыль населения, коэффициент младенческой смертности уменьшился почти на треть, на 13,4 % снизился показатель материнской смертности. Кроме того, более 10 тыс. клинических учреждений были оснащены современным диагностическим оборудованием, обновлено около 70 % парка автомобилей скорой помощи, что позволило снизить время ожидания с 35-ти до 25-ти минут. Однако на практике отношение граждан России к ситуации в сфере здравоохранения за последние годы не изменилось. Согласно опросу Аналитического центра Левады, 61 % россиян не удовлетворены нынешней системой здравоохранения.

К началу 2013-го 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. Таким образом, модернизация отрасли в 2013-м году будет продолжена и на ее реализацию из бюджета ФФОМС будет направлено более 42 млрд руб.

Исполнение региональных программ модернизации является отражением логики работы Министерства здравоохранения РФ, к которой прибавилась административная и идеологическая беспомощность министерств субъектов РФ ДФО. В этой связи, не очень понятно, по какой причине правительство РФ в течение короткого временного промежутка, реализуя сходные технологии национального проекта и модернизации здравоохранения, не сделало соответствующих выводов.

И все-таки идеальной реформы не бывает, преобразования, как правило, сопровождаются противоречиями, пробуксовками. Но в реформе здравоохранения Дальнего Востока России таких пробуксовок уж слишком много. И, как показала реализация региональных программ модернизации, дело не только в недостатке финансирования, на что принято ссылаться сегодня. Очевидно, необходима перестройка и самой системы здравоохранения ДФО, и всего, от чего ее состояние зависит (коррупция, подготовка кадров и т. д.). Без этого ни медицинские работники, ни пациенты не почувствуют результатов реформ еще долго.

Нет дела, коего устройство было бы труднее, ведение опаснее, а успех сомнительнее, нежели замена старых порядков новыми.

Николо Макиавелли

Глава 11

Перспективы реформирования здравоохранения Дальнего Востока России

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.¹ В этой связи следует подчеркнуть, что инновационное развитие ДФО следует рассматривать через призму развития экономики России и стран АТР. В настоящем временном промежутке мнение о том, что дальневосточный регион на основе рыночных механизмов не способен самостоятельно обеспечить одновременно решение двух стратегических задач по обеспечению военно-политического и экономического влияния России в бассейне Тихого океана, только укрепилось.

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 ДФО – это весьма неоднородный с разных точек зрения регион, к развитию которого не следовало бы подходить с точки зрения единой концепции и стратегии. Причем эта дифференциация за последние десять лет только увеличивалась. По существу сегодня следует ответить на три основных вопроса: какая структура экономики соответ-

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.

ствуется 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, которые образуются множеством целей, ресурсных условий и управленческих приоритетов, причем не только для всего макрорегиона в целом, но и для каждого субъекта РФ ДФО в частности.²

С точки зрения стратегии развития ДФО до последнего времени, как правило, рассматривались четыре основных сценария развития.³

Сценарий 1. Предполагается значительная государственная поддержка региона на начальном этапе и создание предпосылок роста на принципах самофинансирования за счет структурной перестройки экономики региона. Параметры этого сценария соответствуют параметрам программы «Дальний Восток и Забайкалье». Согласно этому сценарию Дальний Восток сохранит свою традиционную специализацию по снабжению страны ценными минерально-сырьевыми ресурсами, но развитие добывающих отраслей будет нацелено на комплексное использование сырья на базе его максимальной переработки.

Сценарий 2. Традиционная (экспортная) ресурсная специализация региона. Центральной идеей данного сценария является закрепление и развитие экспортной специализации региона на основе эксплуатации природных ресурсов как основы социально-экономического развития в первой четверти XXI века. Такой тип развития региона является менее капиталоемким (по крайней мере, на начальной стадии его реализации, когда в основном будут эксплуатироваться уже вовлеченные в хозяйственный оборот ресурсы) по сравнению с формированием более диверсифицированной структуры промышленности, а значит более привлекательным. Предполагается, что экономическая система региона и внешняя среда будут такими, что в соответствии с генеральной тенденцией, заключающейся в устойчивом повышении ценности природных ресурсов Дальнего Востока для АТР, будут созданы условия конкурентоспособности в международном вертикальном разделении труда и его «ниша», заключающаяся в эксплуатации природных ресурсов, обеспечит устойчивое развитие.

Сценарий 3. «Китайская карта» (интеграция в АТР через втягивание Китая в экономику Дальнего Востока). Конечной целью этого сценария является формирование единого экономического (но не политического) пространства российского Дальнего Востока и Китая, имея в виду прежде всего северо-восточные провинции КНР. В результате в течение нескольких десятилетий в регионе может сформироваться экономическая система, органически включенная в международное разделение труда и базирующаяся на относительно сво-

² Минакир П.А. Дальневосточный регион: история реформы. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.partnerregions.org/fecentr/G1-98-6.html> [Дата обращения: 03.03.2013].

³ Ишаев В.И. «Концепция развития Дальнего Востока России».

бодном распределении экономических ресурсов между Дальним Востоком и КНР. Учитывая, что Китай уже сейчас в значительной степени интегрирован в экономику АТР, это приведет к возможности двухсторонней фильтрации через китайскую экономику ресурсов, технологий, продукции, капиталов, информации, что фактически и означает интеграцию в АТР.

Сценарий 4. Формирование открытой модели развития региона в виде ориентации на экономическое сотрудничество со странами АТР также является абсолютным приоритетом, однако включение в международное сотрудничество осуществляется без привязки к какой-то конкретной стране. Основным инструментом интеграции является использование национальных и региональных институциональных ресурсов. Социально-экономическое развитие региона в этом случае опирается на сырьевой сектор экономики с активным стимулированием третичного сектора экономики (туризм, услуги и прочее). Экономика ориентируется преимущественно на международный рынок при сохранении оптимальных масштабов и структуры внутринациональных экономических связей. Целью развития при этом сценарии является создание в регионе саморегулирующейся системы, которая будет настраиваться на эффективные способы решения проблем развития региона. Наличие мощного государственного воздействия через фонды регионального развития и законодательную деятельность должно обеспечить регулирование и настройку региональной системы в желательном направлении.

Формирование международной кооперации в комплексе с развитием добывающих и перерабатывающих производств на самом Дальнем Востоке открывает перспективы получения положительных эффектов не только на Дальнем Востоке, но и в национальной экономике в целом. Создание стабильного и емкого рынка в Северо-Восточной Азии делает эффективными для вовлечения в эксплуатацию ряд ресурсов восточных районов России.⁴

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.

Очевидно, что первые лица государства почувствовали, что без личного вмешательства, ситуации на Дальнем Востоке России может только ухудшиться, со всеми вытекающими из этого последствиями. В начале 2013-го года была сформирована новая программа стратегического развития региона. С одной стороны, по сравнению с предыдущими версиями этой программы, ее финансирование значительно увеличилось. С другой стороны, в нее попало много «сырых» проектов и поэтому уровень рисков по ее успешной реализации толь-

⁴ Ишаев В.И. Концептуальные вопросы развития Дальнего Востока до 2050 г. / В.И. Ишаев. – Москва: Экономика, 2012. – 52 с.

ко повышается. Для иллюстрации роста уровней рисков реализации «новой» программы достаточно сопоставить уровень ее финансирования с уровнем финансирования аналогичной программы развития провинций Китая, граничащих с Российским Дальним Востоком.⁵ Эта разница впечатляет.⁶

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 финансирования программ развития этого региона.⁷ Иначе высокий уровень рисков сохранится и усилит крайне опасную для России геополитическую ситуацию в АТР.⁸

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 должен начинаться инновационный путь развития. Без решения проблем народонаселения и повышения качества жизни жителей региона, ни о каком инновационном развитии субъектов РФ ДФО просто не может быть и речи.

11.1. Региональные аспекты охраны здоровья населения как отражение последствий рыночных преобразований

Социально-экономическое, политическое и культурное лицо Дальневосточного региона формируют люди – граждане российского государства, в силу разных причин и обстоятельств, оказавшихся в этой не очень-то приспособленной для комфортной жизни окраине России. Дальневосточники вправе называть себя жителями «забытого» региона, поскольку в течение более чем 25-ти лет государство ничего не делало для выравнивания, в первую очередь, социальных условий жизни дальневосточников, с жителями других Российских провинций. И, только после того, как регион «потерял» около 2 млн своего населения и появились угрозы потери экономической самостоятельности некоторых субъектов РФ ДФО, попавших в прямую зависимость от соседнего государства, появились попытки, пока только на словах, направленные на восстановление «статус кво» народонаселения региона, хотя бы на уровне 1987 года, т. е. 8,6 млн человек.

⁵ Бергер. Я.М. О достоверности экономического роста Китая и «китайской угрозе» // Пробл. Дал. Востока. – 2002, № 6. – С. 40–55.

⁶ Мэнь Хунхуа. Гоуцзянь Чжунго да чжаньлюе ды куанцзя: гоцзя шили, чжаньлюе гуаньянь юй гоцзя джиду. [Формирование контуров большой стратегии Китая: реальная сила государства, стратегические понятия и международный порядок] Пекин. 2005. – 392 с.

⁷ Ишаев В.И. Дальневосточный вектор России. – СПб. : Издательство Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2012. – 76 с. : ил.

⁸ Бергер Я.М. Антикризисные программы китайского руководства: оценка эффективности / Китай: угрозы, риски, вызовы развитию / Под ред. В. Михеева. – М. : Московский Центр Карнеги, 2005. – С. 563–599.

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.), которые создавали угрозу национальной безопасности государства в целом. Основными причинами, породившими крайне неблагоприятные демографические тенденции последних десятилетий, стали низкий уровень жизни населения и общая неустойчивость социально-экономической ситуации. При этом следует отметить, что формально статистические показатели показывают близость номинальных доходов населения ДФО к уровню жителей центральных регионов. 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 %.

Сформировался значительный разрыв между условиями жизни населения различных территорий внутри региона. Если комфортность проживания в региональных центрах и крупных городах можно с большой натяжкой считать в целом удовлетворительной, то в большинстве остальных населенных пунктов, социальная инфраструктура которых в период начала рыночных преобразований напоминала инфраструктуру поселений 20-40-х годов прошлого столетия, ни о каком комфорте говорить не приходилось.

В то же время, продолжение этих преобразований, когда во многих городских и сельских поселениях Дальнего Востока России рухнули градообразующие производства и деградировала система жизнеобеспечения (ЖКХ, транспорт, связь, энергетика, образование, культура и здравоохранение) условия жизни дальневосточников ухудшились. Периодически в поселениях то одного, то другого субъекта РФ ДФО в зимнее время размораживаются системы отопления, отключается энергоснабжение и т. п., более 200 поселений остались только на карте региона, а постоянных жителей в них давно уже нет. Решить проблемы обеспечения инфраструктуры многих населенных пунктов с помощью технологии пресловутого «Северного завоза» по разным причинам не удастся в полном объеме до сих пор. У значительной части дальневосточников преобладают негативные ожидания относительно своего будущего и будущего субъектов РФ, где они проживают. Все это приводит как к усилению миграционных настроений, так и к ослаблению трудовых мотиваций.

Экономическое и социальное пространство России становится все менее единым. Рынки Центральной России и Дальнего Востока пересекаются весьма незначительно, а взаимосвязи слабы. Интенсивность экономических обменов между субъектами РФ ДФО и остальной территорией России значительно уступает международным. Экспортно-импортный обмен российских восточных

регионов и их зарубежных соседей не только масштабнее, но и устойчивее внутреннего межрегионального.⁹ При таком развитии событий риски нарушения обеспечения обороноспособности и культурной идентичности востока России резко увеличиваются.

И, наконец, экономическое развитие региона, количество и здоровье населения – это взаимосвязанные понятия, по потенциалу которых оценивается перспективы реализации стратегических планов. Для провинций Северо-востока Китая (Дунбэй) проблема трудовых ресурсов не имеет решающего значения, поскольку демографический потенциал КНР практически неисчерпаем. В отличие от Дунбэя, для субъектов РФ ДФО это наиболее острая проблема, поскольку демографический потенциал российского государства практически исчерпан и перспективы восполнения являются наиболее реальным риском для инновационного развития региона.

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.¹⁰ 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.¹¹

Одним из ключевых факторов 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 государственной политики, направленной 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 благосос-

⁹ Пэн Пэн. Хэпин цзюэци лунь – Чжунго чунсу да го чжи лу [Концепция мирного возвышения Китая путь к новому формированию Китая как великой державы]. Гунчжоу. – 2005. – 352 с.

¹⁰ Вялков А.И., Сырцова Л.Е. Потребности и возможности общественного здоровья. Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. М 2005; 4: 41–45.

¹¹ Щепин О.П., Тишук Е.А. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации. Здравоохранение РФ. – 2001; 6: 3–7.

тояние и здоровье.¹² В зоне повышенного риска по уровню заболеваемости, инвалидности и смертности оказалась значительная часть населения субъектов РФ ДФО.

Именно в этой связи имеет место острая необходимость ориентации социальной и инвестиционной политики на создание условий, аналогичных существующим 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 показателями 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.¹³ 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.

Жизнь многих дальневосточников сегодня нельзя назвать достойной относительно жизни населения других регионов России, например жителей гг. Москвы, Санкт-Петербурга и 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.*

¹² Шейман, И.М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения (продолжение) / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2011. – № 9. – С. 28–33.

¹³ Abrahamson P. Postmodern Governing of Social Exclusion: Social Integration or Risk Management // Sociologisk Rapportserie. 1998. N 13. Kobenhavns Universitet: Sociologisk Institut.

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?».¹⁴ 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»¹⁵, 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.¹⁶ Разрыв экономических, культурных, социальных и образовательных связей между жителями Дальнего Востока и Европейской части России сознательно или неосознанно блокируется транспортными ограничениями.

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 т 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. С другой стороны, Дальний Восток уже обладает базовой портовой инфраструктурой – здесь расположены 29 из 66-ти российских морских портов, в том числе такие крупные, как Восточный, Находка, Владивосток, Ванино. При этом навигация во всех основных дальневосточных портах является круглогодичной. Сочетание развитой портовой инфраструктуры и ускоренного сухопутного сообщения в будущем многократно увеличит возможности региона по оказанию транзитных транспортных услуг.

Но это грузовые перевозки, а пассажирские? Именно с этой точки зрения вопрос транспортной доступности для жителей региона различных частей России, и, наконец, логистических связей разных транспортных пассажиропотоков не рассматривался раньше и не рассматривается сегодня. В различных проектах программ по развитию региона рассматривается возможность использования транзитного потенциала Дальнего Востока России за счет создания новых и модернизации существующих транспортных магистралей, рост скорости транспортного сообщения и повышение пропускной способности позволят переключить

¹⁴ Давыдова Н.М. Взаимопомощь в нуждающихся российских домохозяйствах // Общественные науки и современность. – 2002. – № 3.

¹⁵ 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).

¹⁶ Гельбрас В.Г. Перспективы китайской миграции в Россию // Status Quo, № 3, 2005. – С. 85–96.

чить на восточные регионы России часть грузопотоков по маршруту Азия–Европа–Азия. Это позволит не только быстрее окупить затраты в развитие инфраструктуры на востоке страны, но и увеличить ВРП ДФО за счет быстрого наращивания объема транспортных услуг.

В настоящее время в условиях вступления России в ВТО реализация высокого уровня доступности дальневосточникам глобальных рынков стран АТР повысилась в разы, в первую очередь, из-за роста их транспортной доступности. Но это, как правило, не является достижением отечественных перевозчиков, скорее всего это достижения перевозчиков из Китая, Южной Кореи, Японии и др. Именно в этой ситуации цена и качество транспортных услуг играют решающую роль. Поэтому сегодня более одной трети дальневосточников, а в недалеком будущем, и каждый дальневосточник посетят не Москву или Санкт-Петербург, а Пекин и Харбин.

Происходит это из-за того, что отечественные предприятия и организации пытаются сохранить свое монопольное положение на региональных рынках, не замечая того, что уже давно чисто с психологических, а затем и рыночных позиций проиграли конкурентную борьбу бизнесу из Поднебесной.¹⁷ Попытки отечественных производителей, предоставляющих дальневосточникам транспортные, медицинские, образовательные, туристические и иные услуги по монопольной цене и качеству, окончились глобальным провалом. Продукция предприятий и организаций КНР доминирует во многих секторах рынка субъектов РФ ДФО. Последствия такого положения вещей с точки зрения стратегии развития Дальнего Востока России непредсказуемы.

Отдельно стоит вопрос о транспортных ограничениях для дальневосточников внутри ДФО с точки зрения социальной эксклюзии. Перемещение значительной части населения субъектов РФ ДФО, особенно жителей отдаленных северных и сельских поселений за получением доступных образовательных, медицинских, социальных и других услуг, иногда ограничены полным отсутствием внутрирегиональных транспортных связей. Во многих случаях речь идет даже не о ценовых характеристиках транспортных услуг. Например, один из авторов этой публикации в феврале 2013 года для выполнения задания по плановой командировке в столице Чукотского автономного округа г. Анадыре, был вынужден провести в самолете двое суток, преодолев более 20 тыс. км. Поскольку из столицы ДФО г. Хабаровска в Анадырь можно долететь только через столицу России г. Москву. Последний прямой рейс Хабаровск–Анадырь был осуществлен в 2012 году.

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 осуществ-

¹⁷ Ван Сюаньцзюй. Углублять взаимопонимание, повышать взаимное доверие // Некоторые аспекты китайско-российских отношений и перспективы СНГ в связи с «цветными революциями». – М., 2006 (Экспресс-информация / ИДВ РАН, № 7). – С. 32–38.

лять внутрирегиональные или внутрирайонные пассажирские перевозки. Причем это касается не только авиатранспорта, но и железнодорожного, речного и автомобильного. Причем, следует отметить, что жители сельских и отдаленных поселений готовы в отдельных случаях заплатить любые деньги, например, чтобы попасть в столицу региона. То есть речь уже не идет о ценах и тарифах, речь достаточно часто идет о самой жизни дальневосточников.

Может возникнуть вполне законный вопрос: «Какое отношение нарушение транспортной доступности имеет к системе охраны здоровья населения региона?». Оказывается, самое прямое. По мере нарастания процессов модернизации в системе здравоохранения ДФО, которые сопровождаются свертыванием «неэффективных» коек в сельских и отдаленных ЛПУ, с последующим закрытием сельских участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий, реорганизации Центральных районных больниц в Региональные или межрайонные центры специализированной медицинской помощи, разрушается единая организационная среда сельского здравоохранения.

Именно в этой ситуации происходит «перекачивание ресурсов (кадровых, материально-технических и финансовых) на региональный уровень, где производятся преимущественно специализированные услуги. А первичная медико-санитарная помощь повсеместно сворачивается, поскольку закрываются ЛПУ первичного уровня. И ведь именно на этом уровне и должны реализовываться основные технологии профилактики, ранней диагностики, диспансеризации и реабилитации.

Первичный уровень медицинской помощи для многих жителей ДФО становится недоступным, поскольку закрыты неэффективные больницы, поликлиники, врачебные амбулатории, а из поселения несколько лет назад уехал последний врач. 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. Регулярные транспортные пассажиропотоки свернуты во многих субъектах РФ ДФО. Однако, если в Европейской части России, между отдельными населенными пунктами имеются, хотя бы автодороги, а расстояния измеряются десятками километров, то на Дальнем Востоке России автодорог зачастую нет, а имеются только «направления», а расстояния между поселениями чаще всего измеряются сотнями километров бездорожья. Поэтому в отдельных случаях доставить пациента к врачу, или врача к пациенту даже в экстренных ситуациях становится не решаемой проблемой. Сколько дальневосточников ежегодно гибнет из-за того, что врачебная помощь оказалась для них недоступной, неизвестно. Специальной статистики по этому вопросу не ведется...

В целом же, если анализировать динамику последнего десятилетия в России, то наблюдается положительная тенденция снижения доли пациентов, отказывающихся от получения необходимой медицинской и медикаментозной по-

мощи в силу отсутствия денег, необходимых для оплаты того или иного вида помощи (рис. 89).

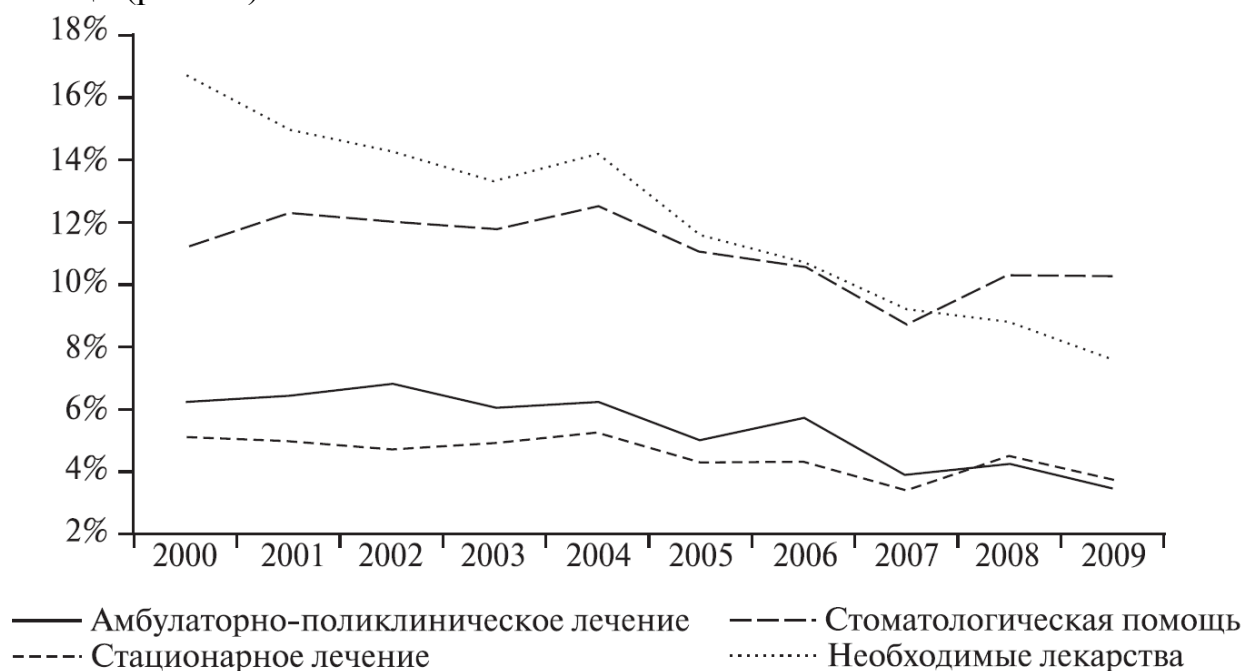


Рис. 89. Доля домохозяйств, члены которых в течение 12-ти месяцев до опроса отказались от получения необходимой медицинской и медикаментозной помощи только из-за нехватки денег, по видам помощи (% домохозяйств от всей выборки домохозяйств) Источник: данные РМЭЗ (2000–2009 гг.)¹⁸

Конечно, причин ограничения доступности медицинской помощи для населения достаточно много. В частности это физические и экономические ограничения доступности по различным критериям, в частности по уровню доходов различных групп населения, распространенности практик легальной и нелегальной (теневой) оплаты медицинской помощи и медикаментов и др. Однако в условиях ДФО транспортные ограничения доступности медицинской помощи в рейтинге причин занимают одно из ведущих мест.

Тем не менее, в течение последнего десятилетия наблюдалось снижение отказов в получении необходимой помощи практически по всем видам производства медицинских услуг, за исключением услуг стоматологов.¹⁹ Это единственный вид помощи, по которому за последние несколько лет наблюдался рост отказов. Если в 2000 г. часть заболевших людей отказывалась от приобретения необходимых лекарств: доля респондентов, ответивших, что у них нет доста-

¹⁸ Потапчик Е.Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) : препринт WP8/2011/11 [Текст] / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 36 с.

¹⁹ Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.Я. и др. Доступность медицинской помощи для населения России // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. - М.: Независимый институт социальной политики, 2008. — С. 14–68.

точных средств на приобретение медикаментов, составляла 16,7 %, то к концу десятилетия этот показатель упал до 7,6 %.²⁰

Ограничения по уровню бедности. Рыночные преобразования в России сопровождались нарастанием неравенства и несправедливости в распределении ВВП. Согласно данным Росстата, неравенство в России достигло такого уровня, которого нет ни в одной из стран G20. В Скандинавии отношение доходов 10 % самых богатых к 10 % самых бедных в среднем 4,5-5. Для Европы в целом этот показатель находится на уровне 7-8, в отдельных странах – до 11. В России сегодня 16, а в Москве – 42-43. Интересно, что в эту выборку попадает 93-97 % населения, без учета олигархов. К сожалению, управляющие структуры не реагируют на растущее неравенством граждан. А проблема избыточного неравенства, в свою очередь, тесно связана с социально-психологическим состоянием общества, с его здоровьем и репродуктивным поведением.²¹

Более 10-ти лет назад академик РАН Чазов в своем письме, адресованном руководству страны, высказал мнение о том, что в России проблема смертности и рождаемости возникла и усугубляется именно из-за того, что общество погрязло в пучине неравенства и бедности. Расслоение оказывает очень серьезное деморализующее действие на население и его здоровьесохраняющее поведение. Причем в различных регионах уровень неравенства неоднозначен.

При усилившейся мозаичности российского пространства разделить регионы по типам становится все сложнее. Комплексную оценку можно проводить качественными и количественными методами. Ограниченность любой типологии, сделанной на основе статистики, вполне понятна, но пока нет возможности дополнить ее формализованными оценками степени изменений в динамике образа жизни, человеческого и социального капитала в регионах, а также стратегий адаптации населения.

Сегодня проводимый анализ регионов России по методике оценки демографического профиля бедности позволяет выделить шесть основных типов регионов по 4 индикаторам:

- ✓ *масштабу бедности (доле каждого демографического типа среди всех бедных домохозяйств);*
- ✓ *распределению дефицита дохода по типам домохозяйств (в % от общего дефицита дохода);*
- ✓ *рisku попадания в группу бедных;*
- ✓ *среднему дефициту дохода для каждого демографического типа..*

I. Крупнейшие столичные агломерации с минимальным уровнем бедности. В них, по данным НОБУС, уровень бедности минимален, наиболее масштабными группами бедных являются домохозяйства трудоспособ-

²⁰ Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. – М.: Независимый институт социальной политики, 2008. – С. 229–283.

²¹ Максименко Олег. Обзор. Некоторые ученые считают, что рецепт от депопуляции лежит на поверхности и для его реализации необходима лишь политическая воля руководства страны Журнал «Финанс.» – № 38 (321) 19.10-25.10.2009. finansmag.ru/faces/187.

ного населения без детей, скорее всего молодежь, и неполные семьи с детьми. Дефицит дохода распределен аналогичным образом. В обоих федеральных городах показатели среднего дефицита схожи для всех демографических групп, т. е. глубина бедности не зависит от типа домохозяйства. Иную картину дает оценка риска бедности: он значительно выше для неполных и сложных семей с детьми (до 40 % в Москве и до 30 % в Санкт-Петербурге), а для наиболее многочисленной группы – домохозяйств с трудоспособными членами без детей – в 3-4 раза ниже. Бездетные пенсионеры имеют минимальный риск попадания в группу бедных. Таким образом, в крупнейших городах при низком уровне бедности максимальный риск имеют неполные и сложные семьи с детьми, а количественно бедность концентрируется в бездетных и нестарых домохозяйствах (что не вполне объяснимо), при этом глубина бедности домохозяйств разных типов примерно одинакова.

II. Относительно развитые урбанизированные индустриально-ресурсные и экспортные регионы с уровнем бедности незначительно ниже среднего. Это в основном более освоенные и менее постаревшие регионы Европейского Севера, Поволжья, Урала и Сибири со значительной поляризацией населения по доходу. По масштабу бедности они не имеют такого флюса «бездетности», как федеральные города, в равной степени представлены три группы: трудоспособные домохозяйства без детей и семьи с детьми (полные и неполные). Более равномерно между этими группами распределяется и дефицит дохода. Данный тип отличается повышенным риском бедности неполных семей с детьми по сравнению с полными семьями из-за «мужской» структуры экономики и резких гендерных различий в оплате труда. Однако глубина бедности семей с детьми примерно одинакова, независимо от того, полные они или неполные, поскольку доходы полных сельских семей, занятых в агросекторе, и семей городских бюджетников столь же низки, как и неполных семей. Регионы этой группы дифференцированы только по риску бедности домохозяйств пенсионеров, он может быть низким или средним, хотя глубина бедности (средний дефицит дохода) пенсионеров в обоих случаях почти равна, поскольку удорожание жизни в этих регионах не так велико.

III. Среднеразвитые регионы Европейской России со средними показателями бедности. Их можно разбить на две подгруппы. Первая – староосвоенный Центр и Северо-Запад со средней и повышенной бедностью, постаревшим населением, низкодоходной занятостью и менее сильной поляризацией по доходу. В этих регионах минимален риск бедности для пенсионеров, так как стоимость жизни невысока, и очень высок риск бедности для всех семей с детьми, поскольку при низких доходах занятого населения наличие детей выдавливает семью за черту бедности. По этой причине не различается и дефицит дохода всех семей с детьми. Вторая –

более аграрный черноземный центр и русский юг, который отличается более умеренной (средней и ниже) бедностью при несколько меньшем риске бедности для всех семей с детьми. Вероятно, что в менее урбанизированных регионах дети обходятся несколько дешевле благодаря натуральным поступлениям из более развитого ЛПХ, хотя эта гипотеза и не получила явного подтверждения при расчетах.

- IV. **Менее развитые и относительно освоенные восточные регионы (Зауралье, юг Сибири и Дальнего Востока) с повышенной и высокой бедностью.** В них уже заметно удорожание жизни, но все же нет такой сильной поляризации по доходу, как в более развитых экспортных регионах Сибири. Из-за удорожания жизни и более высокой доли городского населения по сравнению с черноземным югом Европейской части страны, относительно обжитый восток отличается высоким риском и глубиной бедности всех семей с детьми, особенно неполных, и, кроме того, повышенным риском бедности пенсионеров.
- V. **Слабоосвоенные северо-восточные ресурсные регионы с наименее благоприятными условиями жизни, повышенным и высоким уровнем бедности из-за дороговизны жизни.** Среди бедных преобладают семьи с детьми, но масштаб бедности пенсионеров очень высок. Повышенная доля полных семей с детьми среди бедных домохозяйств объясняется наличием в этой группе двух республик – Коми и Якутии. Сельское население этих республик, преимущественно титульное, занято в агросекторе и живет бедно. Риск бедности для семей с детьми не отличается от предыдущих типов, для неполных и сложных семей он выше. Особенность этого типа – максимальные риски бедности для пенсионеров из-за сильного удорожания жизни. Поэтому и средний дефицит дохода бедных домохозяйств пенсионеров ненамного ниже, чем в семьях с детьми. Север, особенно с этнической компонентой, делает все бедные домохозяйства почти равными по глубине бедности.
- VI. **Республики юга с повышенным уровнем бедности.** Среди бедных наиболее явно доминируют семьи с детьми, представленные в равной степени (полные, неполные, сложные). Эти семьи имеют высокий риск и примерно равную глубину бедности. Подобное равенство можно объяснить многодетностью полных и сложных семей, наличием межсемейных трансфертов в неполных семьях, что усредняет различия. Главная особенность республик Кавказа – минимальный масштаб, риск бедности и дефицит дохода домохозяйств бездетных пенсионеров. Их мало по причине традиций совместного проживания нескольких поколений у титульных народов, а домохозяйства русских пенсионеров не попадают в число бедных благодаря относительной дешевизне жизни. Специфика социально-экономического развития обозначенных выше групп регионов, в совокупности с природно-климатическими и социокультурными осо-

бенностями, определяют различия в региональных профилях бедности.

Если схематично представить расположение регионов разного типа на карте страны, то схема качественной структуры бедности будет выглядеть следующим образом (рис. 90).



Рис. 90. Схема типов регионов с выделением наиболее уязвимых групп населения

В целом анализ уровня и профиля бедности в регионах по данным НОБУС²² оставляет много открытых вопросов. 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.²³ Это дает основание говорить о том, что определенные категории дальневосточников, в первую очередь, семьи с

²² НОБУС (National Survey of Household Welfare and Participation in Social Programs) перекрестное исследование российских домохозяйств, которое специально было разработано для измерения эффективности национальных программ социальной помощи через оценку влияния социальных льгот и привилегий на благосостояние домохозяйства. Исследование собирает детальную информацию о потреблении и доходах домохозяйств, демографических явлениях в домохозяйствах, состоянии с точки зрения рынка труда, доступ к здравоохранению, образованию, и социальным программам, а также субъективное восприятие благосостояния домохозяйством. [http://web.worldbank.org/...](http://web.worldbank.org/)

²³ 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: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Участники проекта: Н.В.Бондаренко, А.Я.Бурдяк, Е.П.Какорина, К.М.Кельманзон, М.Д.Красильникова, Л.Д.Попович, С.В.Светличная, Е.В.Селезнева, И.М.Шейман, В.И.Шевский. Координатор: Н.Б.Канатова (прим. авторов).

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 смену – 31,3 %, возможно смену – 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.²⁴

Решение задач по изменению социальной инфраструктуры ДФО. Реализация программных мероприятий по преодолению многочисленных проблем социальной инфраструктуры региона должна проводиться с учетом существенных различий в природно-климатических условиях обширной территории ДФО, которые предопределяют возможности наращивания постоянного населения на одних территориях и резко ограничивают их на других территориях (прежде всего, на территориях Крайнего Севера). Именно там, по мнению реформаторов целесообразнее формирование временное, постоянно сменяемое население.

Дальний Восток России теряет население в миграционном обмене с другими российскими регионами. Добиться быстрого роста населения уже в ближайшие годы, учитывая долговременность тенденции суженного естественного воспроизводства и значительную инерционность демографического развития, можно только за счет значительного миграционного прироста. Для этого необходимо резко повысить экономическую и социальную привлекательность ДФО и проводить активную селективную миграционную политику, учитывающую потребности в необходимых кадрах и потенциальные риски быстрого наращивания населения за счет пришлого населения. Поскольку миграционный потенциал большинства российских регионов уже крайне низок, ориентироваться придется, прежде всего, на мигрантов из стран СНГ и соотечественников из-за рубежа.

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 в определенной мере можно сравнивать с центральными регионами страны. Однако их качественная составляющая оставляет желать лучшего, как относительно образовательных учреж-

²⁴ 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».

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

По мнению «специалистов по модернизации» системы охраны здоровья населения ДФО целью дальнейшего развития системы здравоохранения должно стать преломление тенденций естественной убыли населения и снижение уровня заболеваемости. 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.²⁵

В условиях низкой плотности населения в большинстве территорий Дальневосточного региона необходимо развивать дистанционные и выездные формы оказания медицинской помощи. С этой целью следует, в частности, создавать акушерские дистанционные консультативные центры с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами для экстренной транспортировки больных из труднодоступных районов, а также выездных бригад акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров для оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи женщинам и детям. В какую сумму будет ежегодно обходиться это мероприятие для бюджетов субъектов РФ ДФО специалисты по модернизации не говорят. Но ведь весь предыдущий опыт показывает, что выездные формы работы обходятся в десятки раз дороже, если они выпадают из общей политики охраны здоровья населения, чем строительство и содержание социальной инфраструктуры на местах. Примером такого расточительства является реализация медицинского проекта Поезд «Матвей Мудров» ОАО РЖД.²⁶ В какую сумму ежегодно обходится его содержание акционерам неизвестно, но положительного влияния на состояние здоровья населения на станциях ДВЖД пока незаметно. Повсеместно на всех станциях дороги продолжается рост заболеваемости и инвалидности жителей, значительная часть которых работают на предприятиях ОАО РЖД.

В региональных центрах и в крупных городах открываются клиничко-диагностические центры, включающие в себя профильные клинические отделения, дневные стационары, амбулаторные хирургические и реабилитационные центры. В каждом таком центре поддерживаются современные технологии

²⁵ 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.

²⁶ Кононенко Т.В. Обоснование направлений совершенствования медицинской помощи населению Дальневосточного федерального округа на основе государственно-частного партнерства. Автореф. дисс. к.м.н. Хабаровск. ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 2012.

с помощью оснащения высокоточным оборудованием и формированием коллектива состоящего из квалифицированных кадров. Параллельно на межрайонном уровне в центрах зон опережающего экономического роста планируется создание медицинских центров, связанных с клиническими базами посредством системы телемедицины. Именно эти межрайонные центры станут базами санитарной авиации, обеспечивающей быструю доставку пациентов из удаленных районов к месту лечения. Кроме того в них планируется создание комплексных выездных бригад специалистов для медицинского обслуживания населения труднодоступных и небольших по численности северных, в том числе национальных, сел. А в вахтовых поселках, расположенных в пределах транспортной доступности центров зон опережающего экономического роста, планируется создание медицинских пунктов неотложной помощи.

При таком подходе к модернизации отрасли с целью повышения привлекательности субъектов РФ ДФО для жителей других регионов и переселенцев из ближнего и дальнего зарубежья из большинства проектов выпадает модернизация системы здравоохранения первичного уровня. А ведь именно первичная медико-санитарная помощь должна обеспечить шаговую доступность квалифицированной медицинской помощи врача общей (семейной) практики, участкового педиатра или терапевта в зависимости от реализуемой модели ПМСП. Именно на этот уровень помощи обращается более 80 % населения и возвращается под динамическое наблюдение столько же после лечения в ЛПУ второго и третьего уровня. Именно на этом уровне реализуется наибольший объем мероприятий первичной профилактики распространенных заболеваний.

Здравоохранение первичного уровня. Здравоохранение первичного уровня является важной областью регионального здравоохранения, предоставляющей медицинские услуги, в соответствии с затратами, которые государство и общество могут себе позволить, и методами, которые практически и научно обоснованы и социально акцептированы. В Алма-Атинской декларации ВОЗ 1978 года было подчеркнуто, что здравоохранение первичного уровня должно быть доступно каждому, и им должны быть охвачены все.²⁷ Здравоохранение первичного уровня включает в себя следующие компоненты: справедливость, участие общества, взаимосвязь различных областей жизни, использование технологий и приемлемую цену.²⁸

По прошествии 30-ти лет Генеральный директор ВОЗ доктор Маргарет Чен сказала: «Вступая в должность в 2007 г., я ясно заявила о своем твердом намерении направить внимание ВОЗ на первичную медико-санитарную помощь. Более того, в этой необходимости убеждена не только я – актуальность этого подтверждает также широкомасштабный и растущий спрос на первичную медико-санитарную помощь со стороны государств-членов. В свою очередь,

²⁷ Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата: двадцать пятая годовщина. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

²⁸ The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 1. World health – trends. 2. Primary health care – trends. 3. Delivery of health care. 4. Health policy. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

этот спрос свидетельствует о растущей потребности разработчиков политики в знаниях о том, как сделать системы здравоохранения более равноправными, открытыми для всех и справедливыми». Это еще раз подчеркивает важность стратегии формирования в первую очередь системы ПМСП, как главного приоритета любого варианта политики охраны здоровья населения.

Как совокупность действий, здравоохранение первичного уровня должно включать в себя воспитание отдельных личностей и общества в целом в области здоровья, в соответствии с сущностью и объемом их проблем, а также методы предупреждения и контроля этих проблем. Другие существенные области деятельности охватывают развитие рационального питания и достаточных запасов продовольствия, снабжения водой, наличие канализации, вопросы здоровья матерей и детей, что включает в себя вопросы планирования семьи, вакцинацию, лечение неинфекционных заболеваний и травм и снабжение необходимыми лекарствами.²⁹

Здравоохранение первичного уровня в соответствии с данным выше определением, делает все, чтобы создать выше перечисленные необходимые предпосылки в области здоровья. В дополнение, при проведении как запланированных, так и вытекающих из ситуаций мероприятий по улучшению здоровья, у персонала здравоохранения первичного уровня на практическом уровне существует возможность быть в ежедневном контакте с людьми. Персонал первичного уровня здравоохранения имеет удобную позицию, чтобы поддерживать как индивидуальные потребности, так и влиять на действия и программы, которые воздействуют на здоровье общества через воспитание клиентов и поддержку общества. Сейчас ВОЗ разрабатывает новые концепции и темы здравоохранения первичного уровня с разных позиций и подходов, в том числе и с точки зрения защиты пациентов от избыточного лечения.³⁰

Что же относительно дальневосточников, то они хотят жить в условиях, которые обеспечивают охрану их здоровья и содействуют его улучшению. Первичная медико-санитарная помощь, а также обеспечение всеобщего доступа и социальной защиты представляют собой ключевые меры, оправдывающие их ожидания. Население Дальнего Востока России ожидает от региональных властей и Правительства РФ государственной политики, охватывающей все регионы государства, независимо от их географического, экономического и социального положения, без чего первичная медико-санитарная помощь и всеобщий охват во многом утрачивают свою эффективность и смысл. Сюда входят меры государственной политики, необходимые для обеспечения надлежащего функционирования систем здравоохранения; для организации действий в области общественного здравоохранения, приносящих максимальную пользу всем.

²⁹ Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).

³⁰ Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Affairs, 2007, 26:w717–w734.

Кроме того эти меры должны обеспечивать реализацию политики, способной содействовать укреплению здоровья и чувства безопасности, при одновременном адекватном решении таких проблем, как урбанизация, изменение климата, гендерная дискриминация или социальное расслоение.

- I. *Первую группу важнейших мер государственной политики составляют политические меры в области систем здравоохранения (касающиеся основных лекарственных средств, технологий, контроля качества, людских ресурсов, сертификации и т. д.), от которых зависит осуществление реформ первичной медико-санитарной помощи и реформ, направленных на обеспечение всеобщего доступности медицинской помощи.*
- II. *Вторую группу мер представляет решение приоритетных проблем охраны здоровья, без которых реформы первичной медико-санитарной помощи и реформы по обеспечению высокого уровня доступности медицинской помощи застопорятся. Они охватывают техническую политику и программы, которые предоставляют бригадам первичной медико-санитарной помощи рекомендации в решении первоочередных задач охраны здоровья дальневосточников. Они также охватывают традиционные мероприятия в области здравоохранения – от общественной гигиены и профилактики заболеваний до пропаганды здорового образа жизни. Некоторые мероприятия, такие как йодирование соли, по неизвестной причине с 1987 года не осуществляются не только на региональном, но и на общероссийском уровне. Наконец, меры государственной политики охватывают потенциал быстрого реагирования – в режиме управления и контроля – на серьезные угрозы для здоровья населения, особенно эпидемии и катастрофы. Последние имеют особое политическое значение, поскольку в случае неудачи они сильно подрывают доверие населения к органам здравоохранения.³¹ Неготовность к принятию ответных мер и их несогласованность в системах здравоохранения Канады и Китая в период вспышки ТОРС в 2003 году вызвали справедливое возмущение общественности и привели в конечном счете к созданию в Канаде национального органа здравоохранения. В Китае аналогичное отсутствие готовности и прозрачности вызвало кризис доверия – этот урок был вовремя усвоен и учтен при последующих событиях.³²*
- III. *Третий комплекс политических мер, имеющих решающее значение и известных как «включение проблемы здоровья во все политические программы и стратегии», базируется на признании того*

³¹ Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. Bulletin of the World Health Organization, 2004, 82:532–538.

³² Kaufman JA. China's health care system and avian influenza preparedness. Journal of Infectious Diseases, 2008, 197(Suppl. 1):S7–S13.

факта, что улучшение уровня здоровья дальневосточников возможно посредством политических мер, осуществляемых главным образом другими секторами, помимо сектора здравоохранения. К ним следует отнести включение вопросов здоровья в школьные программы, решение проблемы гендерного равенства в промышленности или обеспечение безопасности продуктов питания и потребительских товаров – все это вопросы, которые могут оказать серьезное, или даже определяющее, воздействие на уровень здоровья населения региона. Невозможно решать эти проблемы без активного межсекторального сотрудничества при должном учете вопросов охраны здоровья во всех направлениях государственной региональной политики.

На Дальнем Востоке России, как у населения, так и у представителей управляющих структур, формируется осознание того, что при нарушениях в функционировании или несогласованности элементов системы здравоохранения страдают результаты ее деятельности в целом. Компоненты систем здравоохранения, именуемые как «структурные элементы», включающие инфраструктуру ЛПУ, людские ресурсы, материально-техническое обеспечение технологий и финансирование оказывают решающее влияние на доступность, качество и безопасность предоставляемых медицинских услуг. Вполне естественно, что эти компоненты, довольно часто не согласуются с необходимыми планами реформ ПМСП, поскольку основное внимание модернизации отрасли ДФО направлено на реализацию планов на уровне специализированной помощи и внедрения высоких технологий в ЛПУ регионального уровня. Для достижения согласованности модернизации ЛПУ всех трех уровней необходимы целенаправленные и всесторонние политические меры как государственного, так и регионального характера.

Конечной целью развития социальной инфраструктуры ДФО является поддержка формирования развитой системы охраны здоровья населения в сочетании с развитием сети образовательных, культурных учреждений, а так же с обеспечением граждан комфортным жильем и высококачественными жилищно-коммунальными услугами. При этом качество и доступность услуг должны превышать среднероссийский уровень для компенсации неблагоприятных природных, климатических и географических условий проживания дальневосточников.

11.2. Программа действий направленная на повышение уровня эффективности реформирования здравоохранения

Отечественные реформаторы в течение нескольких лет в рамках законодательных инициатив внесли в Государственную Думу РФ несколько проектов законов, которые были одобрены депутатами от правящей партии, а затем ут-

верждены Президентом РФ. К сожалению, из обсуждения постоянно исключается вопрос, достаточно простой для понимания электората и депутатов, почему в странах, где власть несет ответственность за охрану здоровья собственного народа, расходы на эту охрану исчисляются от 8 до 12 % от объема ВВП, а в родном отечестве эти расходы «барражируют» на уровне от 2,8 до 3,6 ВВП.³³ Ведь по заключению экспертов ВОЗ в странах, где на эти нужды тратится менее 5 % от объема ВВП, медицинская помощь становится недоступной для социально незащищенных групп (дети, безработные, пенсионеры и др.). Да зачем далеко ходить, в любом субъекте РФ ДФО именно эти группы дальневосточников постепенно отлучаются от доступной, качественной и безопасной медицинской помощи.

Смягчение последствий рыночной модернизации отрасли. Простому жителю региона совершенно безразлично, как, какими путями государство в условиях реализации рыночных реформ обеспечит бесплатное медицинское обслуживание в государственных и муниципальных ЛПУ.³⁴ Важно, чтобы такая возможность была. В этой связи никто пока не хочет отвечать на следующие вопросы.

- ✓ *Каким образом будет осуществляться медицинская помощь в поселениях, где нет врачей, закрыта последняя больница, а регулярные транспортные связи с населенными пунктами региона, где больницы еще не подверглись модернизации (закрытию), отсутствуют?*
- ✓ *За счет чего социально-незащищенные группы населения станут оплачивать медицинскую помощь в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», принятыми в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 39 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», если программа государственных гарантий региона принята с дефицитом и ЛПУ не имеет средств для ее полного финансового покрытия?*
- ✓ *По какой причине в регионе все чаще и чаще вступает в силу социальный регулятор доступности медицинской помощи и основополагающий результат сегодняшних социальных реформ: «Хочешь жить – плати...»?*

Сегодня дальневосточники имеют минимум информации об уровне загрязнения жилых зон населенных пунктов региона промышленными и бытовыми отходами, о риске распространения тех или иных опасных инфекционных

³³ Комаров, Ю.М. О министерской концепции развития здравоохранения до 2020 г. / Ю.М. Комаров // Глав-Врач. – 2012. – № 7. – С. 61–65.

³⁴ Медалье, С.В. Анализ некоторых аспектов конкуренции на рынке медицинских услуг в современных условиях акционирования системы здравоохранения / С. В. Медалье, С. А. Краевой, А. А. Конев // Пробл. стандартизации в здравоохран. – 2012. – № 7–8. – С. 39–41.

заболеваний, о том, насколько опасны для населения, списанные в утиль, но не утилизированные атомные подводные лодки и многом другом. Зато параллельно в региональных «независимых» СМИ формируется информационные блоки о «невероятно высоких» региональной медицины в рамках программ модернизации.

В этой связи следует отметить, что на эти вопросы довольно часто нет ответов и в экономически развитых странах Европейского Союза, особенно когда речь идет о закрытии нерентабельных больниц, дефиците кадров врачей и медицинских сестер, о нарушении принципов всеобщего доступа к услугам здравоохранения.³⁵

На седьмом совещании Форума по вопросам будущего с участием представителей высшего руководства здравоохранения, организованном Европейским региональным бюро ВОЗ в 2004-м году, обсуждались трудности, с которыми может столкнуться региональное руководство при принятии непопулярных политических решений. По мнению экспертов, непопулярное решение зачастую не является реакцией на четко выраженные ожидания общества, но принимается, потому что региональный министр или высшее должностное лицо в области медицины знает, что это правильные действия для повышения уровня здоровья и улучшения качества медицинского обслуживания. Таким образом, потенциально непопулярное решение не должно стремиться к популярности, скорее необходимо принять меры, чтобы оно было понятным, а потому приемлемым. Придание популярности решениям не является теоретическим занятием, это задача, связанная с фактическим одобрением.

Участники Форума согласились с тем, что если решение оказывается непопулярным для населения, то руководителям здравоохранения целесообразно применить некоторые из указанных ниже подходов.

- ✓ *Беседы о здоровье и улучшении качества. Основу охраны здоровья составляют специальные знания и квалифицированные кадры, и поэтому начинать следует с разъяснения того, как данное решение будет способствовать повышению качества здоровья и медицинского обслуживания. Целесообразно избегать аргументов, не связанных со здоровьем, которые трудно отстаивать, – например, в случае закрытия больниц намного полезнее говорить о повышении качества ухода, чем о сокращении издержек.*
- ✓ *Предложение компенсаций. Объяснять, что люди получают взамен того, от чего им придется отказаться. Предложить какие-либо дополнительные преимущества в других секторах или в отношении других услуг; стремиться к интерпретации предстоящего решения как выгодного для всех, уравновешивая его достоинства и недостатки.*

³⁵ Семилетов, Г.А. Кризис современной системы управления российским здравоохранением и основные пути выхода из него (на примере опыта управления ГБУЗ Калужской области «ЦРБ Дзержинского района») / Г.А. Семилетов // ГлавВрач. – 2012. – № 7. – С. 23–31.

- ✓ *Твердое решение об исполнении. Если руководство здравоохранения не готово к исполнению решения, следует воздержаться от проведения мер до достижения такой готовности.*
- ✓ *Соблюдение транспарентности. Разъяснять, кто принимает решение, интересы тех, кто в нем участвует и кого оно затрагивает. Перечислить все заинтересованные лица и указать, какие из них играют негативную роль.*
- ✓ *Избегать разовых решений. Разрабатывать и предлагать решения в составе общего плана или стратегии.*
- ✓ *Правильное определение сроков. До принятия решения важно потратить достаточно времени на подготовку и разработку доброкачественного плана. Когда план будет готов, оптимальный вариант – быстро приступить к его исполнению.*
- ✓ *Задействовать все группы населения. Вовлекать в обсуждение как группы населения, которые проигрывают, так и тех, кто выиграет от данного решения. Применять дифференцированный подход.*
- ✓ *Не рассчитывать на поддержку со стороны средств массовой информации только потому, что решение правильное с точки зрения пользы для охраны здоровья. Нельзя рассчитывать на нейтральное или положительное освещение в СМИ во всех случаях; во многих случаях они могут быть втянуты в полемику противниками данного решения. Будьте готовы к проблемам с прессой.*
- ✓ *Соблюдать скромность. Решение скорее будет принято, если руководство публично признает некоторую неопределенность результатов и открыто обязуется проводить мониторинг и оценку итогов. Это оставляет возможность для корректировок в процессе реализации.*
- ✓ *Быть готовыми к быстрым переменам. Иногда настроения общества быстро меняются, и то, что казалось неприятием, может обернуться одобрением.*
- ✓ *Быть готовыми к кризисам и непредвиденным побочным эффектам. Некоторые группы населения могут пострадать сильнее других от какого-либо решения (например, врачи общего профиля в случае закрытия больниц). Руководство общественного здравоохранения должно справляться с незапланированными реакциями.*
- ✓ *Твердо держаться фактических данных. Уровень одобрения населения может быть низким в отсутствие каких-либо объективных причин. Наличие убедительных фактов – хороший инструмент дискуссии и возможность избежать противодействия.*
- ✓ *Использовать примеры других стран. Лица, принимающие решения, могут ознакомиться с тем, что предпринимается в других странах, и разъяснить, почему другие страны решают проблему иначе; они могут использовать такого рода аргументы, чтобы в их стране решения воспринимались как более приемлемые.*

✓ *Привлекать к участию медицинских работников. Действовать смело.*

Анализ реальных действий управляющих структур в субъектах РФ ДФО указывает на то, что предложенные еще в 2004-м году рекомендации экспертов ЕРБ ВОЗ по смягчению воздействия рыночных реформ на систему оказания медицинской помощи, ее модернизацию, не приняты большинством представителей органов исполнительной власти региона. А ведь система здравоохранения ДФО – это сложная, многоуровневая система, характеризующаяся многоступенчатостью объекта управления. В качестве приоритетных направлений совершенствования данной системы следует рассматривать стратегическое планирование развития отрасли, разработку и реализацию целевых программ модернизации и совершенствование организации стимулирования труда медицинских работников.³⁶ Причем строить планы следует в рамках законодательных актов, призванных обеспечить целостность, комплексность и качество стандартов оказания медицинской помощи дальневосточникам.

Замена жесткого централизованного администрирования рыночными отношениями в здравоохранении субъектов РФ ДФО – сложный и многосторонний процесс. Преобразования, осуществляемые в настоящее время в региональном здравоохранении, в основном организационно-экономические. Если раньше управление в этой сфере осуществлялось преимущественно административными методами, то теперь все большее значение приобретают методы экономические и рыночные. В соответствии с этим на здравоохранение распространяются объективные законы рыночной экономики.

В настоящее время в категорию товара вовлекаются все более разнообразные результаты человеческой деятельности, включая не только продукцию в материальной форме, но и плоды творческой, интеллектуальной деятельности в виде информационного продукта, материальные и нематериальные услуги. Сюда, безусловно, относятся и медицинские услуги.³⁷

Вполне естественно, что в профессиональных медицинских кругах, средствах массовой информации в течение многих лет ведется дискуссия относительно будущего нашего здравоохранения и тех мер, которые следует безотлагательно принять, чтобы пресечь негативные процессы в системе обеспечения здоровья населения. Обсуждение нередко замыкается на отдельных элементах реализации концепции реформирования до 2020-го года, что, по нашему мнению, не только свидетельствует об упрощении ситуации, но и неверно по существу.³⁸ Здравоохранение как отрасль хозяйства региона достаточно автономна, но остается изначально зависимой подсистемой социально-экономического

³⁶ Зими́на, Э.В. Руководители медицинских организаций в контексте профессиональной управленческой деятельности / Э.В. Зими́на // Здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 60–67.

³⁷ Чернышев, А.В. Анализ применения программно-целевого метода планирования в здравоохранении на примере Тамбовской области / А.В. Чернышев // Кремлевская медицина. – 2009. – № 1. – С. 47–54.

³⁸ Шейман, И.М. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи / И.М. Шейман, С.В. Шишкин // Главврач. – 2009. – № 8. – С. 10–14.

комплекса, которая может лишь в известных пределах влиять на собственное состояние.

Приступая к реформированию отрасли. Приступая к реформированию отрасли здравоохранения Дальнего Востока России в условиях глобального экономического кризиса, решая безотлагательные проблемы охраны здоровья, не следует забывать как о необходимости концептуального и комплексного осмысления всех сторон реформы здравоохранения, разработке региональной политики в области здравоохранения, так и о создании специфических форм и методов управления этой областью хозяйственной жизни.

Идейно-концептуальной основой, стратегическими ориентирами такой политики должны стать базовые положения программы Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех к 2020-му году», принятые с учетом реального состояния здоровья и систем здравоохранения.³⁹ В основе этой стратегии лежит равноправие всех граждан в отношении доступности и качества медицинской помощи, содействие оздоровлению посредством широких социально-экономических мероприятий и межведомственного сотрудничества, участие государственной администрации в финансировании здравоохранения и региональная ответственность, профилактика заболеваний и обязательное страхование на случай болезни, иерархическая система лечебной помощи и развитие первичных звеньев здравоохранения, активное участие широких общественных кругов, местных организаций и сообществ в реализации оздоровительных программ и дальнейшем совершенствовании здравоохранения.⁴⁰

Кроме того, определяя политику реформирования регионального здравоохранения, следует учитывать «Стратегию-2020 – концепцию долгосрочного развития России до 2020-го года».⁴¹ Стратегия-2020 базируется на двух основаниях – новой модели экономического роста и новой социальной политике. Новая модель роста необходима, поскольку исчерпала себя прежняя модель, опиравшаяся на быстрый рост внутреннего спроса и цен на товары российского экспорта. Без новой модели роста невозможна и новая социальная политика: России необходимы темпы роста экономики как минимум на 5 % в год. При этом это должен быть рост, не основанный на экспорте сырья и государственном перераспределении ресурсов из сырьевого сектора в сектора экономики с низкой эффективностью и высокой занятостью.

Одна из основных идей Стратегии-2020 — маневр, который позволяет задействовать неиспользованные ранее факторы конкурентоспособности — высокое качество человеческого потенциала, научный потенциал. Новая социальная политика должна учитывать не только интересы незащищенных слоев на-

³⁹ Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>).

⁴⁰ Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/150095/RC61_rInfDoc5.pdf).

⁴¹ <http://2020strategy.ru/documents/32710234.html>.

селения, но и тех, которые способны реализовать потенциал инновационного развития. Это средний класс, который с экономической точки зрения характеризуется возможностью выбирать модели трудового поведения и потребления.

Новая модель роста может быть выстроена при последовательном снижении инфляции и принятии бюджетных правил, регулирующих расходы бюджета в зависимости от долгосрочной цены нефти. Это необходимо для того, чтобы бюджет был стабилен и сбалансирован, чтобы остановить неоправданный и неэффективный рост расходов. Второй комплекс мер по формированию новой модели связан со снятием институциональных барьеров для экономического роста. Это попытка сделать внешнюю среду менее агрессивной по отношению к бизнесу, улучшить деловой климат, развить конкурентную среду. Стратегия-2020 выделяет основные проблемы и препятствия в госрегулировании, сдерживающие экономический рост и спрос экономики на инновации.

Экономика ближайшего будущего будет постиндустриальной, в ее основе – сервисные отрасли, ориентированные на развитие человеческого капитала: образование, медицина, информационные технологии, медиа, дизайн. В этой области у России есть конкурентные преимущества, но они быстро растрачиваются в силу устойчивого недофинансирования социальных систем и неэффективного управления ими. В основе предложений Стратегии-2020 в социальной сфере – стремление восстановить и закрепить сравнительные преимущества страны в сфере образования, культуры, медицины.

Для этого оказание услуг, связанных с развитием человеческого капитала, должно перестать быть государственной квази-монополией, где некоммерческие и частные операторы допускаются лишь к услугам, которые государственная система предоставить не может. Необходима реструктуризация бюджетной сферы, равенство организаций всех форм собственности (включая некоммерческие организации и частный бизнес) при оказании бюджетных услуг, развитие профессиональных сообществ и передача им части регулирующих функций и, конечно, конкурентоспособная оплата в бюджетном секторе.⁴²

Такой подход требует «бюджетного маневра» – частичной смены приоритетов в расходах бюджета. К 2020-му году предлагается увеличить финансирование инфраструктуры и человеческого капитала на 4 % ВВП для поддержания сбалансированности бюджета сократив при этом другие расходы на 4 % ВВП (в основном за счет расходов на оборону и безопасность, трат на госаппарат и субсидий предприятиям).

Предпосылками для формирования региональной стратегии реформирования здравоохранения субъектов РФ ДФО в рамках программы ВОЗ «Здоровье для всех к 2020-му году» должны стать особенности здравоохранения России и Дальневосточного региона. Причем эти предпосылки должны иметь достаточ-

⁴² Шишкин С. «Стратегия-2020»: Система здравоохранения фактически стала легально платной. – <http://2020strategy.ru/g11/news/32689684.html>.

ный уровень обоснования по различным направлениям реформирования, как с точки зрения следования программе реформирования здравоохранения России до 2020-го года

Сегодня, несмотря на то, что достаточно обстоятельно обоснован тезис о ведущей роли здоровья населения как важного источника экономического роста экономики региона, дана количественная оценка величины экономического ущерба в ДФО в связи с потерями здоровья в различных возрастных группах (моложе трудоспособного, в трудоспособном и старше трудоспособного), в программных документах инвестиции в здоровье дальневосточников почти никогда не рассматриваются в виде комплексной задачи в рамках перевода экономики региона на инновационные рельсы.

В то же время большинство экономистов показывает, какими темпами, по каким направлениям и с какими последствиями может пойти дальнейшее сокращение численности населения ДФО. Становится понятным, что формирующиеся демографические процессы приведут к обострению дефицита рабочей силы, который может усугубиться несбалансированностью спроса и предложения по отраслям, профессиям и отдельным субъектам, а, в конечном счете, может стать тормозом экономического развития всех без исключения субъектов РФ ДФО. В перспективе регион вновь, как и в начальный период освоения, будет нуждаться в трудовой подпитке извне. Очевидно, что сокращение населения восточных провинций страны не отвечает геополитическим интересам Российской Федерации и несет реальную угрозу безопасности государства.⁴³

В программных документах по развитию региона обоснована целесообразность в продолжении политики привлечения кадров и населения на постоянное жительство, ориентации на собственный потенциал постоянного населения региона, за счет которого нужно вахтовыми и экспедиционными методами осваивать ресурсы округа. Для этого необходимо стимулирование переселения людей из закрываемых в субъектах РФ ДФО поселков. Доказана целесообразность возвращения к распределению молодых специалистов – бюджетников в форме государственного заказа (на основе контрактной системы между специалистами, учебными заведениями, министерствами, ведомствами и администрациями населенных пунктов).

Смена приоритетов социально-экономической политики. Определены стратегические цели и задачи социально-экономического развития ДФО и групп его субъектов. Обоснованы приоритеты государственной и региональной политики в округе и в его отдельных субъектах, разработаны механизмы оптимизации федерального и регионального регулирования экономического и социального развития.

Подобные установки свидетельствуют о том, что действительная реформа здравоохранения возможна только в случае смены приоритетов социально-экономической политики в ДФО. Даже на уровне определения приоритетов ус-

⁴³ Лошаков Л.А., Хохлов А.Л., Мирошников А.Е., Кайгородова Т.В. Международный опыт подготовки приемлемых решений в здравоохранении. С. 47–52 .

корение, интенсификация, приватизация, переход к рыночным отношениям не могут быть целями инновационного развития.⁴⁴ Поскольку по своей сути они не являются целями инновационного развития, а представляют пути и средства достижения выше указанных целей. Стратегическими целями социально-экономического развития ДФО должны стать, по нашему мнению, сохранение физического и духовного здоровья дальневосточников, национальная безопасность, а самое главное, опережающее развитие качества жизни жителей региона.⁴⁵

Приумножение здоровья населения региона как социально-экономическая категория представляет собой важнейший элемент регионального богатства. Для поддержания здоровья потребляется определенная часть валового регионального продукта, но и для производства материальных благ здоровье дальневосточников тоже «потребляется» как ресурс. В принципе средняя продолжительность жизни дальневосточников может быть главным показателем эффективности производственной и непроизводственной сфер регионального хозяйства, всей экономики Дальнего Востока России.

Нынешнее кризисное состояние регионального здравоохранения угнетающе действует на всю экономику, на развитие материально-вещественных и человеческих факторов производства. Здоровье дальневосточников становится важнейшим конкурентным элементом на рынке рабочей силы АТР. Но в реальной ситуации в его сохранении и приумножении не заинтересованы ни медицинские работники, ни сами дальневосточники, ни работодатели.

Выход из создавшегося положения, по нашему мнению, заключается в том, чтобы проектируемые варианты программы «Социально-экономического развития Дальнего Востока России», которые до настоящего времени практически не рассматривали проблему охраны здоровья населения региона (табл. 86), предусматривали бы формирование отдельной подпрограммы, посвященной решению этого вопроса. В этой связи сегодня почти не осталось ярых противников мнения о том, что инвестиции в здоровье принесут субъектам РФ ДФО пользу не только в виде реального улучшения здоровья населения, но и в виде экономической выгоды. Однако не очень ясным остается вопрос о том, кто и как должен вкладывать средства.

Поскольку для подробного освещения каждого из этих вопросов потребовалась бы отдельный раздел, мы позволим себе сосредоточиться лишь на некоторых ключевых моментах, которым до настоящего времени не уделялось достаточного внимания в дискуссиях. Из числа потенциальных инвесторов в ДФО главный интерес представляют три субъекта: общественные организации, частный сектор и государство. Каждому из них отводится своя роль в улучшении

⁴⁴ Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева, И.М. Шейман, С.В. Шишкин / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. – 232 с. – (Сер. «Экономическая политика: между кризисом и модернизацией»).

⁴⁵ Ишаев В.И. Концептуальные вопросы развития Дальнего Востока до 2050 г. / В.И. Ишаев. – Москва: Экономика, 2012. – 52 с.

здоровья дальневосточников и укреплении развивающейся экономики региона.⁴⁶

Таблица 86

Перечень подпрограмм государственной программы Российской Федерации «Социально-экономическое развитие Дальнего Востока и Байкальского региона» на период до 2025 года⁴⁷

ПОДПРОГРАММА 1.	«ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКОНОМИКИ»
ПОДПРОГРАММА 2.	«РАЗВИТИЕ МИНЕРАЛЬНО-СЫРЬЕВОГО КОМПЛЕКСА»
ПОДПРОГРАММА 3.	«РАЗВИТИЕ ЛЕСОПРОМЫШЛЕННОГО КОМПЛЕКСА»
ПОДПРОГРАММА 4.	«РАЗВИТИЕ РЫБОПРОМЫШЛЕННОГО КОМПЛЕКСА»
ПОДПРОГРАММА 5.	«РАЗВИТИЕ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО КОМПЛЕКСА»
ПОДПРОГРАММЫ 6.	«РАЗВИТИЕ ТРАНСПОРТНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ»
ПОДПРОГРАММА 7.	«РАЗВИТИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ»
ПОДПРОГРАММА 8.	«СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ КОМФОРТНОГО ПРОЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»
ПОДПРОГРАММА 9.	«ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ»
ПОДПРОГРАММА 10.	«НАУЧНОЕ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА И БАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНА ДО 2025 г.»
ПОДПРОГРАММА 11.	«РАЗВИТИЕ ТУРИЗМА»
ПОДПРОГРАММА 12.	«ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА И БАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНА» НА ПЕРИОД ДО 2025 ГОДА И ПРОЧИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОБЛАСТИ СБАЛАНСИРОВАННОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ»

Инвестиции в здоровье. Переход региона от системы централизованного планирования к рыночной экономике, сопровождавшийся переходом от авторитарного режима к демократии, отражает процесс крупномасштабных преобразований. Как формальные, так и неформальные организации вынуждены были приспособляться к требованиям демократии и рынка. Возникшая в результате неопределенность отрицательно сказалась на социальном устройстве, а следовательно, и на социальном капитале Дальневосточного региона. Чтобы стабилизировать перспективы и сделать поведение реальных и потенциальных партнеров (общественных организаций, частного сектора и государственных

⁴⁶ Kawachi I. et al. (2004). Commentary: reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4):682–690; Discussion: 700–704.

⁴⁷ Из истории формирования программы. В 2006 году прошло заседание Совета безопасности по развитию Дальнего Востока, в 2009 году появилась Стратегия развития Дальнего Востока и Байкальского региона до 2025-го года, в 2013-м году уточняются параметры инструментов реализации программы «Социально-экономическое развитие Дальнего Востока и Байкальского региона» на период до 2025-го года (прим. авторов).

структур) более предсказуемым, необходимо развивать отношения, выходящие за рамки формальных.

Для улучшения здоровья дальневосточников эффективные меры должны приниматься как на уровне общих социально экономических, культурных и экологических условий региона, так и на уровне влияния на условия жизни и труда. Успешное решение сложных проблем здравоохранения в регионе возможно лишь при межсекторном взаимодействии. Целенаправленная политика и действия со стороны сектора здравоохранения ДФО должны быть увязаны с политикой и действиями в других секторах, таких как образование, транспорт, жилищное строительство и т. д., от которых зависит здоровье дальневосточников.

Однако, для того чтобы эффективно действовать на этих уровнях, система здравоохранения должна овладеть необходимыми знаниями и умениями. Но без определенного уровня полномочий этого будет недостаточно. Ведь именно полномочия позволят представителям системы здравоохранения эффективно влиять на политику укрепления здоровья дальневосточников: обеспечить равнодоступную и эффективную медицинскую помощь, создать благоприятные условия на рабочих местах и внедрить меры по охране здоровья сотрудников, например, организовать программы для желающих бросить курить, открыть тренажерные залы и т. д.

Все более важную роль в укреплении здоровья играют социальные сети. В идеологии социализма не было места гражданскому обществу и социальные сети, выпадающие из под государственного контроля, не однажды рассматривались как подрывные организации. Сегодня ситуация изменилась, однако отдельными представителями управляющих структур активное гражданское общество по-прежнему воспринимается как угроза. Там, где местные общественные организации сформировались, они часто участвуют в деятельности по укреплению здоровья населения региона.

В реализации такой политики должны участвовать органы государственного управления на всех уровнях, поскольку ухудшение здоровья населения в регионе отражается на всех отраслях, и если эту проблему не решить, она будет препятствовать дальнейшему экономическому развитию, а ее успешное решение принесет пользу всем. Каждое министерство призвано внести свой вклад, будь то изменения в сельскохозяйственной политике с целью повышения доступности и качества пищевых продуктов, изменения в транспортной политике с целью снижения травматизма и смертности в результате ДТП или изменения в финансовой политике. Например, повышение налогов на сигареты и алкоголь. Роль региональных министерств здравоохранения состоит в том, чтобы определить масштабы и характер проблем, связанных со здоровьем населения субъекта РФ ДФО, и предложить меры по улучшению этого показателя.

Социальный капитал в условиях переходной экономики. Социальный капитал: «Учреждения, отношения, установки и ценности, регулирующие взаимодействие между людьми способствующие экономическому и социальному

развитию».⁴⁸ Социальный капитал проявляется в виде формальных и неформальных сетей. Для объяснения наблюдаемой взаимосвязи между социальным капиталом и здоровьем предложен ряд механизмов, включая формальные сети, принадлежность к которым открывает доступ к социальному и медицинскому обслуживанию, и неформальные сети, где человек может использовать коллективные знания для получения доступа к ограниченным ресурсам, в том числе к информации, необходимой для выбора здорового образа жизни.

Связь между социальным капиталом и здоровьем впервые документально зафиксирована в 1901 году, когда Эмиль Дюркгейм выявил зависимость между частотой самоубийств и степенью социальной интеграции. Проведенные с тех пор исследования неизменно показывают, что чем больше социальный капитал и социальная сплоченность, тем лучше здоровье населения. В последнее десятилетие эта связь стала предметом широких исследований, в которых установлена зависимость между низким уровнем доверия населения и высоким уровнем смертности. Отмечается, что социальный капитал может влиять на здоровье посредством разных механизмов и на разных уровнях.

На государственном уровне социальный капитал способствует улучшению медицинского обслуживания. Эффективная социальная сеть, объединяющая все заинтересованные стороны (государство, рынок, семью и общество), облегчает оказание действенной медицинской помощи, например, когда люди предпочитают обращаться за консультацией к тем, кому они доверяют. Социальный капитал важен и в профилактической работе. Профилактика наиболее эффективна, если проводится при поддержке формальных и неформальных сетей, через которые люди могут получить информацию и медицинскую помощь.⁴⁹

На региональном уровне социальный капитал может способствовать улучшению здоровья путем принуждения к соблюдению социальных норм или их изменения. Сплоченное общество с сильным чувством групповой идентичности заботится об общем благе. Это означает, что оно будет избегать действий, наносящих ущерб окружающей среде (загрязнение, ликвидация отходов с нарушением экологических требований), а предприниматели будут стремиться к созданию безопасных и здоровых условий труда для своих работников. В социально сплоченном обществе меньше вероятность курения, антисанитарии и незащищенного секса, которые негативно отражаются на общественном здоровье. Наконец, общие нормы и ценности влияют на уровень насилия в обществе, а, следовательно, на частоту травм и насильственных смертей.⁵⁰

Для эмпирической оценки влияния социального капитала на здоровье используются три разных, но общепринятых показателя.

⁴⁸ Grootaert C., van Bastelaer T. (2001). Understanding and measuring social capital: a synthesis of findings and recommendations from the Social Capital Initiative. Washington, DC, World Bank (EBRD Working Paper No. 24).

⁴⁹ Morgan A., Swann C., eds. (2004). Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health. London, National Health Service Health Development Agency.

⁵⁰ Durlauf S.N., Fafchamps M. (2004). *Social capital*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research (NBER Working paper No. 10485).

- ✓ Доверие к окружающим. Этот показатель определяется по ответам на вопрос, согласны ли опрошенные с тем, что большинству людей можно доверять. Степень доверия отчасти зависит от правовой системы, но также и от некоторых социально-экономических характеристик, таких как степень равенства доходов и социальная сплоченность (общий язык, нормы поведения, интересы и т. д.).
- ✓ Участие в организациях. Здесь имеются в виду сети, построенные не на вертикальных иерархических отношениях (например, работодатель — работник), а на горизонтальных равноправных отношениях: религиозные общины, спортивные клубы, художественные и музыкальные кружки, домовые и уличные комитеты, молодежные, женские, благотворительные организации и любые другие добровольные общественные объединения. В то же время социальная изоляция вызывает психологический стресс, который негативно отражается на психическом и физическом здоровье.
- ✓ Финансовая поддержка. Этот показатель отражает уверенность человека, что в случае материальных затруднений он найдет помощь у знакомых. В его основе лежит следующая концепция: финансовая поддержка, предоставляемая неформальными сетями (друзья, соседи, сослуживцы), выполняет роль страховки от серьезных денежных проблем, обусловленных внезапным ухудшением здоровья. Влияние этого показателя, в отличие от двух предыдущих, вероятно, зависит от индивидуальных обстоятельств, таких как уровень дохода и доступ к официальной системе страхования. Отражаемый этим показателем социальный капитал рассматривается как достояние человека.

При оценке влияния социального капитала на здоровье возникают сложные эконометрические проблемы похожие на влияние здоровья на рынок труда. Во-первых, обычно трудно отделить влияние социального капитала от влияния других факторов, отражающихся на здоровье. Во-вторых, доверие, участие в организациях и финансовая поддержка – это личный выбор, который зависит от индивидуальных предпочтений, не поддающихся наблюдению, и, следовательно, по определению они эндогенно детерминированы.⁵¹

В устойчивых инвестициях в социальный капитал региона должны быть заинтересованы в первую очередь государственные 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 региона. Таковую деятельность в сфере общественного здоровья следует рассматривать как одну из основных функций государства, поставив ее наравне с экономической политикой. На практике улучше-

⁵¹ http://www.socialcapitalgateway.org/NV_eng_transitionmarket.htm (по состоянию на 20 января 2006 г.).

ние 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 здоровья не сулят экономической выгоды.

Сегодня требуется новый подход, при котором инвестиции в создание предпосылок к хорошему здоровью дальневосточников рассматриваются с тех же позиций, что и инвестиции в материальную инфраструктуру, которой традиционно отводится важная роль в экономическом развитии ДФО. Необходимо также создать концепцию инвестиций в здоровье, которая охватывала бы факторы, выходящие за рамки системы здравоохранения, такие как качество государственного управления и социальный капитал.

Валовой региональный продукт и инвестиции в здоровье. Ключевой вопрос реформирования системы управления здравоохранением – соотношение классического планового начала и экономических регуляторов развития здравоохранения. Анализ этого соотношения часто подменяется либо либеральной рыночной риторикой с акцентом на функционирование конкурирующих негосударственных медицинских организаций, либо констатацией факта незначительной роли экономических регуляторов в определении объемов и структуры помощи населению. По мнению ряда исследователей, центральный тезис системы экономического регулирования в здравоохранении – необходимость перехода от принципа содержания ЛПУ к принципу договорных отношений между потребителем и поставщиком медицинских услуг на основе государственного регулирования спроса и предложения ресурсов здравоохранения и планирования объемов медицинской помощи. Именно в этой плоскости следует рассматривать экономические возможности отдельного региона по финансированию программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и иным инвестициям в здоровье жителей региона.

В этой связи эффективность работы любого правительства оценивается, в том числе и по уровню ВВП на душу населения. Именно с уровнем валового внутреннего продукта государства связывают возможности инвестиций в развитие человеческого капитала. В материалах ВОЗ дается следующая характеристика ВВП: это совокупная стоимость конечных товаров и услуг, произведенных на территории данной страны (резидентами и нерезидентами), независимо от того, предназначены они для пользования внутри страны или за рубежом. По большинству оценок расходы на здравоохранение должны составлять 7-8 % от ВВП, что должно обеспечить не только достаточный уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи для граждан, но и реальные положительные сдвиги в состоянии здоровья.

В России в течение последнего десятилетия наблюдается рост ВВП (рис. 91) и рост инвестиций в здравоохранение, однако параллельного роста показателей доступности, качества и безопасности медицинской помощи, а уж тем более показателей здоровья населения не наблюдается. В частности попытка сопоставления темпов роста ВВП и ожидаемой продолжительности жизни

россиян⁵² не подтверждает гипотезы о прямом влиянии роста показателя ВВП на уровень здоровья. Следовательно, для стран с развивающейся экономикой, ВВП является не совсем приемлемым инструментом оценки общественного благосостояния. Поскольку часть ВВП «присваивается» ограниченной группой олигархов, часть уходит на развитие силовых структур, часть вывозится за рубеж под разными предлогами, а вот уровень целевых инвестиций в здоровье россиян весьма невелик, несмотря на относительный рост расходов государства на охрану здоровья граждан.



Источник – CIA The World Factbook (2012)

Рис. 91. Динамика изменения ВВП России к уровню 1990-го года относительно стран АТР и ЕЭС

В 2011-м году Российская Федерация по величине производимого валового внутреннего продукта на душу населения по паритету покупательной способности занимала семидесятое место в мире (16,7 тысяч долларов США), что не позволяло надеяться на инвестиции в здоровье населения, которые формировались бы на уровне таких стран-соседей по АТР, как Ю.Корея, Япония и Сингапур.

Аналогичная ситуация наблюдается и на региональном уровне, где делаются попытки сопоставления уровня валового регионального продукта (ВРП) на душу населения с уровнем инвестиций в здоровье в условиях регионального неравенства субъектов РФ. Что же относительно Дальнего Востока, то уровень

⁵² Банин С.А. Оценка валового внутреннего продукта как критерий достаточности расходов на здравоохранение. Материалы международной научно-практической конференции под ред. О.В. Кравченко и А. Фишера (Германия). Новосибирск : Изд. НГТУ, 2012. – 180 с.

ВРП в 2011-м году превышал средний уровень по России, и составлял соответственно 17 293 долларов США в ДФО и 16 700 – в России (рис. 92).

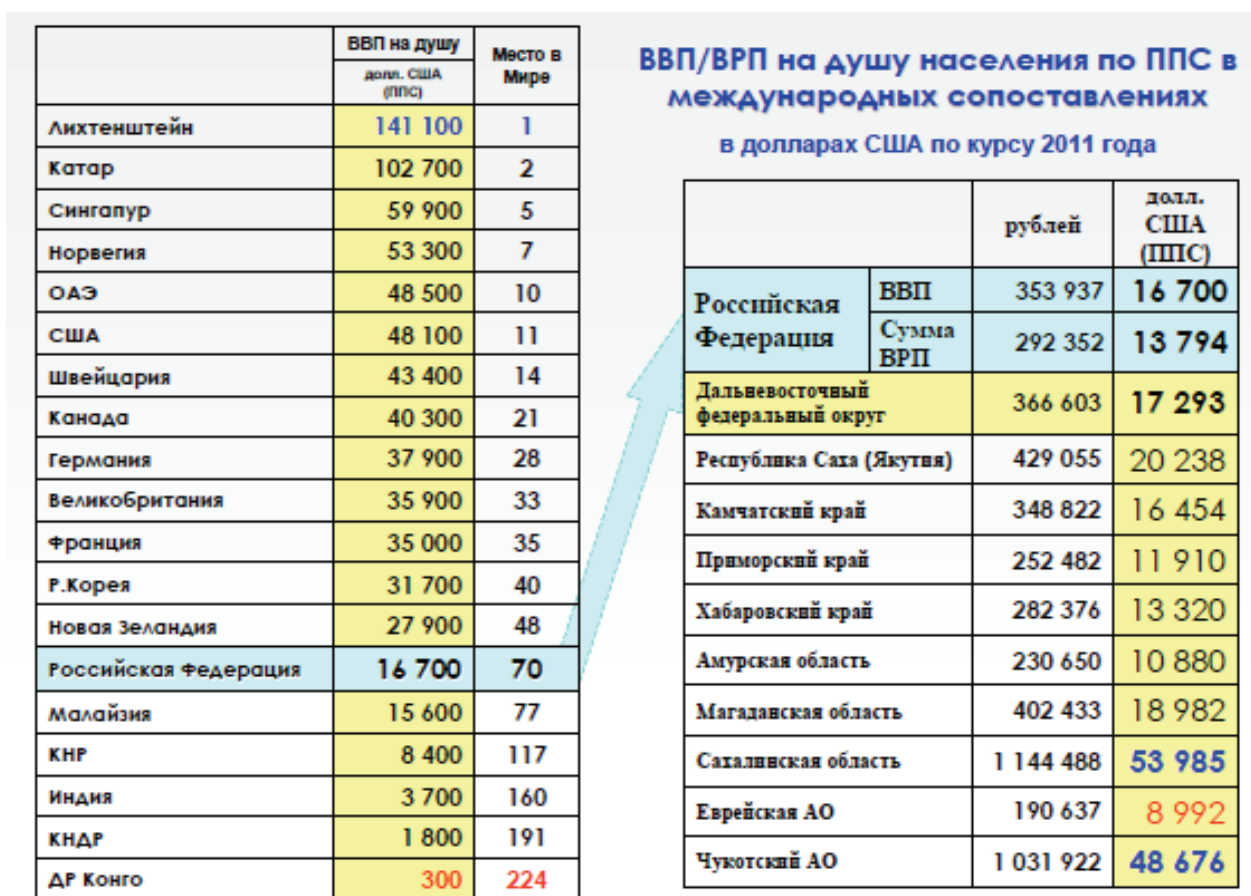


Рис. 92. Рейтинг стран мира по уровню ВВП и уровень ВРП субъектов РФ ДФО на душу населения в долларах США по курсу 2011-го года

При этом, если величина производимого ВРП на территории ЕАО составляла 8 922 доллара США, то на территории Сахалинской области она равнялась почти 54-м тысячам долларов США. Это сопоставимо с производством ВВП на душу населения в Норвегии (53,3 тысячи долларов США), занимающей седьмое место в мире по уровню данного показателя, и в 1,7 раза больше, чем производится в Республике Корея (31,3 тысячи долларов США). В то же время уровень здоровья населения Сахалинской области не соответствует уровню выше указанных стран. Остается только надеяться на то, что по мере роста экономики региона, уровень инвестиций в здоровье дальневосточников будет расти.

Тем более, что Президент РФ В.В. Путин о будущем региона сказал следующее: «Хочу особо подчеркнуть: мы не имеем права рассматривать дальневосточные регионы как исключительно сырьевые. Нужно обеспечить их современное, сбалансированное развитие, и в целом нужны новые, более эффективные подходы к реализации наших программ, к вопросам планирования и управления. Нужно избавиться от ситуации, когда решение проблем идет недопусти-

мо медленно, когда выделяемые немалые финансовые и материальные ресурсы размываются, а утвержденные планы зачастую так и остаются на бумаге».

В то же время, обзор социальных бюджетов субъектов РФ ДФО и анализ структуры доходов населения указывают на то, что на домохозяйственном уровне влияние социальных трансфертов на бедность и неравенство в значительной степени предопределено федеральной социальной политикой. Для жителей отдельных регионов Дальнего Востока существует два канала такого воздействия.

- I. *Первый – трансферты из федерального бюджета на выравнивание бюджетной обеспеченности, расходуемые регионами в основном на социальную сферу, но эти расходы идут, прежде всего, на содержание инфраструктуры и выплату заработной платы занятым.*
- II. *Второй – социальные выплаты непосредственно населению, либо адресные, либо категориальные (пенсии, компенсации, детские пособия и др.).*

Оба механизма влияют на межрегиональное и внутрирегиональное неравенство, а следовательно, на доступ к доходу бедного населения. Трансферты направлены на снижение межрегионального неравенства, кроме того, они выравнивают доходы занятых внутри слабых регионов, так как значительная часть средств идет на заработную плату бюджетников – основной категории занятых в таких регионах. В регионах с меньшим уровнем дотационности, получающих значительно меньше средств из федерального бюджета, эффект межрегионального выравнивания намного слабее, а социальные расходы на душу населения очень часто меньше, чем в сильно дотационных. Тем самым эффект межрегионального выравнивания для «средняков» минимизируется, а внутрирегиональное неравенство не меняется. В сильных недотационных регионах, наоборот, усиливается внутрирегиональное неравенство под воздействием процессов поляризации экономического пространства – доходы бюджетников все более отстают от заработков в экспортных отраслях, а основным выравнивающим механизмом становятся социальные выплаты. Их объем зависит от бюджетной обеспеченности – а она даже у регионов-доноров очень разная, а возросшее перераспределение в пользу федерального бюджета сужает возможности сильных регионов по выравниванию внутри своей территории. Как показал проведенный анализ бюджетных расходов, широкие социальные программы фактически могут проводить только автономные округа Тюменской области и, отчасти, Москва. В результате в большинстве недотационных и других экспортных регионов зоны бедности консервируются на периферии, так как средств на их поддержку не хватает.

Отдельные виды *социальных выплат* населению также по-разному воздействуют на неравенство. Пенсии по старости «подтягивают» пожилых жителей центра и юга, как регионов с более низкой стоимостью жизни, но усиливают бедность северных пенсионеров. Вклад детских пособий в снижение бедности наименее значим в крупных городах и на севере, но существенен в респуб-

ликах юга и в сельской местности. Прочие виды пособий и пенсий, в силу их незначительной доли и мозаичной дифференциации по регионам, не имеют системного влияния. Жилищные субсидии поддерживают уязвимые группы в городах, особенно на Дальнем Востоке России, и весьма успешно снижают городскую бедность, чаще всего менее застойную. Но их быстрое распространение «вширь» во многих регионах постепенно стирает эффект точечной, адресной помощи.

Приведенные данные о ВРП территорий Дальнего Востока свидетельствуют, что, во-первых, в некоторых субъектах РФ ДФО (Сахалинская обл., ЧАО) существуют большие возможности для наращивания социального капитала и, во-вторых, что по крайней мере некоторые показатели социального капитала имеют значение для оценки изменений здоровья дальневосточников.

Противоречивость подходов по обеспечению населения региона бесплатной медицинской помощью. Министр здравоохранения В.И. Скворцова, говоря о проблемах реформирования отрасли, указала на то, что ведущей является несовершенство организации оказания медицинской помощи населению. «У нас огромная территория, а плотность населения составляет лишь 8,4 человека на кв. километр. Причем регионов с низкой плотностью – 38 из 83, а регионов с плотностью населения выше 80 человек на 1км² – всего 6, включая Москву и Санкт-Петербург. Разное распределение доли сельского населения. Есть регионы, где в селах живут до 60 процентов населения. В зависимости от географических, климатических, транспортных, демографических и других факторов подходы к организации оказания медицинской помощи, к расчету необходимого количества врачей и медсестер должны быть совершенно разными. Для этого и формируется так называемая трехуровневая система. Сегодня необходимо сочетать методы государственного регулирования и рыночные подходы».

В большинстве экономически развитых стран также предпринимаются активные попытки сочетать централизованное регулирование и экономические методы управления в здравоохранении. Рост государственных расходов на здравоохранение длительное время рассматривался как один из важнейших признаков повышения уровня жизни населения. Уровень финансирования здравоохранения из общественных источников в некоторых развитых странах достиг 8-13 % ВВП. Но уже в конце прошлого века стали возникать серьезные сомнения по поводу эффективности использования этих средств. Было показано, что основные показатели общественного здоровья (общий коэффициент смертности, ожидаемая продолжительность жизни и т. д.) линейно зависят от удельных расходов на здравоохранение лишь на определенном участке. В дальнейшем наблюдается значительное замедление приращений показателей при росте удельных расходов и выход на «фазу плато», т. е. отсутствие изменения показателей при росте удельных расходов

Региональный подход, который следует использовать при формировании сети ЛПУ в субъектах РФ ДФО в ближайшие годы – это метод построения

структурных элементов отрасли не на административно-территориальном (муниципальном) делении территории, а на достаточности численности населения для организации и функционирования структурных подразделений, отвечающих требованиям к размерности минимальных функциональных единиц, с учетом региональных особенностей субъекта РФ.

Что же относительно минимальных функциональных единиц, то для стационарных ЛПУ это число коек, необходимое для организации полноценного отделения (30-40-60 коек, в зависимости от профиля); для территориальных поликлиник это возможность формирования полноценного врачебного приема, обеспеченного нагрузкой с учетом величины функции врачебной должности в виде числа посещений в год, которое может быть выполнено врачом в течение года с учетом его нормативной часовой нагрузки и бюджета рабочего времени в течение года.

В основу регионального подхода формирования сети ЛПУ должно быть положено медицинское районирование (зонирование) территории в виде системы организации медицинского обслуживания не по административно-территориальному делению, а по этапности в оказании медицинской помощи с учетом уровня функционального назначения ЛПУ, численности, особенностей расселения обслуживаемого населения, его тяготения к городам и административным центрам для получения отдельных видов медицинской помощи. В соответствии с этим, зона медицинского обслуживания – это оптимальная зона влияния конкретных типов медицинских учреждений (межрайонных, зональных, областных/краевых центров специализированной помощи) и ответственности за организацию и состояние медицинской помощи в системе взаимосвязанных населенных пунктов, муниципальных образований.

Особенности Дальневосточного региона, которые заключаются в низкой плотности населения (ниже 1 человека на 1км²), отсутствием современных транспортных связей на 90 % территории ДФО, проживания значительной части дальневосточников в сельских поселениях, рабочих поселках, небольших городах и низким уровнем экономического развития в 6 из 9 субъектов РФ Дальнего Востока России формируют высокий уровень риска для реализации программ реформирования здравоохранения. По нашему глубокому убеждению, именно выше указанные особенности региона не позволят реализовать подходы планирования структурных элементов отрасли в обозримом будущем, рекомендуемые Минздравом РФ в соответствии с параметрами стратегии реформирования здравоохранения России до 2020-го года.

В связи со сложившимся устойчивым трендом дефицита финансирования региональных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи как в 2013-м, так и в последующие годы придется решать задачи четкого разграничения платной и бесплатной медицинской помощи в

ДФО.⁵³ Хотя новые стандарты медицинской помощи помогут в определенной мере сдержать рост платности, но они не смогут стать плотным водоразделом между платностью и бесплатными медицинскими услугами, поскольку для этого будут нужны дополнительные финансовые ресурсы. Без формализации и легализации участия дальневосточников в оплате медицинских услуг системе здравоохранения региона не обойтись. Конечно, введение системы соплатежей населения – вопрос достаточно острый, который не будет обсуждаться в ближайшее время, скорее всего, по политическим соображениям. Но следует признать факт того, что, скорее всего, придется легализовать соплатежи населения за медицинскую помощь, поскольку более 50 % пациентов уже сегодня готовы к их введению.⁵⁴

Ситуация в отрасли здравоохранения только подтверждает вышеуказанные выводы. В частности, в последнее десятилетие мало изменились различия в обращаемости за медицинской помощью для групп населения, различающихся по социально-демографическим характеристикам, месту жительства, уровню доходов:

- ✓ *дети и лица старше трудоспособного возраста чаще обращаются за медицинской помощью, чем трудоспособное население;*
- ✓ *чаще всего в случае необходимости обращаются к врачу люди с наиболее низким уровнем образования, реже всего – люди со средним образованием;*
- ✓ *чем меньше населенный пункт, тем ниже уровень обращаемости за амбулаторной помощью и выше – за стационарной;*
- ✓ *представители более состоятельных групп населения при наличии каких-либо проблем со здоровьем обращаются к врачу чаще, чем представители групп населения с низкими уровнями дохода;*
- ✓ *в стационарном секторе, как и в амбулаторном, реже всего помощь получают беднейшие слои населения.*

Наиболее тревожна ситуация с доступностью и результативностью медицинской помощи для трудоспособного населения. Эти люди реже обращаются за медицинскими услугами, чаще получают их на условиях полной или частичной оплаты. При этом разрыв между Дальним Востоком России и странами АТР особенно велик именно по показателям смертности трудоспособного населения.

Добровольное медицинское страхование, судя по нашим оценкам рынка страхования ДФО, пока еще «экзотическая» форма финансирования производ-

⁵³ Справка к Постановлению от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (прим. авторов).

⁵⁴ Шишкин С.В. руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, соруководитель экспертной группы по обновлению «Стратегии-2020» №11 «Здоровье и среда обитания человека». Доклад на Гайдаровском форуме. – М., 2013.

ства медицинских услуг, поскольку менее 2,4 % населения региона имели полисы ДМС. Дальневосточники предпочитают прямую оплату медицинских услуг. В то же время следует отметить повсеместный рост практики оплаты медицинской помощи через кассу ЛПУ. Вместе с тем в условиях круглосуточных стационаров оплата медицинских услуг, особенно услуг, связанных с оперативными вмешательствами повышенной сложности, все чаще и чаще перемещается в теневой сектор. Проверка этих тенденций требует проведения дополнительных исследований в субъектах РФ ДФО.

Что же относительно Российских тенденций, то в последнее десятилетие не наблюдалось изменений в сравнительной частоте оплаты медицинской помощи группами населения с разным уровнем доходов. Сохраняется закономерность увеличения числа людей, оплачивающих амбулаторную помощь за счет личных средств, по мере возрастания доходов. При этом в 2009 г. наблюдался значительный рост показателя доли плативших за амбулаторное лечение среди населения с наименьшими доходами. Это свидетельствует о значительном ухудшении экономической доступности медицинской помощи для бедных граждан РФ.⁵⁵

В период экономического роста наблюдалась явная взаимосвязь между долей пациентов, плативших за амбулаторную медицинскую помощь, и размером поселения: при продвижении от более крупных типов поселений к мелким снижалась и доля плативших. В случае стационарной помощи тенденция была противоположной: распространенность платности при стационарном лечении в сельских поселениях была значительно выше, чем в мегаполисах. Разнонаправленность этих тенденций, очевидно, коррелирует с отмеченными выше различиями в обращаемости за этими видами помощи, за которыми скрываются различия в их доступности. Жители малых городов и сельской местности реже обращаются за менее доступными для них амбулаторными услугами (консультациями специалистов, диагностическими исследованиями) и реже платят за них. Но при возникновении серьезных заболеваний они вынуждены чаще прибегать к стационарному лечению и чаще платить за него, поскольку на пути к госпитализации в медицинские учреждения, расположенные вне их места жительства, у них больше барьеров, чем у жителей больших городов и мегаполисов.⁵⁶ В то же время на фоне сокращения доли платящих за амбулаторную помощь в мегаполисах и крупных городах происходит рост платности в малых городах и сельских поселениях. Несмотря на разнонаправленность в изменении долей платящих в разных типах поселений, ранее отмеченная связь между размером поселения и долей платящих все еще сохраняется, но зависимость стала менее четкой.

⁵⁵ Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. – С. 229–283.

⁵⁶ Потапчик, Е. Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) : препринт WP8/2011/11 [Текст] / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – 36 с.

Выявленные характеристики доступности медицинской помощи как для жителей субъектов РФ ДФО, так и для жителей других регионов России, свидетельствуют о нарастании необходимости реформирования государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и повышения результативности политики обеспечения таких гарантий.

Информированность населения. Существует проблема низкого уровня информированности населения об ОМС, ДМС, программах госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи, условиях предоставления платных медицинских услуг и т. п. Создается впечатление, что информация о защите прав застрахованных вообще закрыта от них самих, поскольку на сайтах страховых медицинских организаций, которые занимаются ОМС в субъектах РФ ДФО, последняя отсутствует. Информация минимизирована о том, что существует целый ряд служб для профилактики заболеваний, целый ряд служб, куда можно обратиться для обследования и лечения бесплатно. В то же время все СМИ, в том числе и сайты региональных ЛПУ переполнены информацией о платных медицинских услугах. У потребителей медицинских услуг в регионе формируется устойчивое мнение о том, что медицинская помощь становится платной все больше и больше...

В этом плане довольно сложно оценивать действия региональных властей, которые по неизвестной причине не стимулируют распространение достоверной информации о программах государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению своего региона. Хотя одной из основных задач региональной власти является улучшение в целом состояния здоровья дальневосточников. Отсутствие официальной информации о госпрограммах в здравоохранении, защите прав потребителей медицинских услуг, о реальных размерах доступности, качества и безопасности медицинской помощи не только для госслужащих, депутатов, прокуроров, полицейских, специалистов МЧС, но и для дальневосточников, проживающих в сельских поселениях, маленьких северных поселках, жителях городских окраин и т.п. Сокрытие, как отрицательной, так и положительной информации формирует стереотипы недоверия к региональной медицине.

Государственно-информационная политика о здравоохранении могла бы быть более эффективной. Сегодня очень любят обсуждать негативные новости, не уделяя внимание положительным изменениям в отрасли, а они есть. В целом о государственной стратегии реформирования здравоохранения население могло бы знать больше, а сегодня формируется общественное мнение о том, что «за границей всегда лучше, чем в России». В то же время уже несколько лет проводится модернизация ЛПУ, уже есть первые результаты... Было бы целесообразно в какой-то доступной для населения региона форме излагать это и в СМИ, в том числе и профессиональные вопросы медицинских работников, рассчитанные на широкую аудиторию. Такой подход смог бы повысить общественное доверие к региональной медицине, позволил бы преодолеть сформиро-

ванные стереотипы о платности всего и вся в здравоохранении, о низком качестве медицинских услуг и др.

Вместе с тем, конечно же сегодня для тех, кто интересуется процессами, происходящими в отечественной системе здравоохранения, доступна информация о том, что Председатель Правительства РФ Д. Медведев подписал программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013-й год и на плановый период 2014–2015 годов. Об этом стало известно еще 22 октября 2012 года на совещании с вице-премьерами. Утверждение программы госгарантий сроком на три года предусмотрено в тексте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Программа опирается на вновь сформированные медицинские стандарты оказания медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013-й год и на плановый период 2014 – 2015 годов устанавливает:

- ✓ *перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи;*
- ✓ *перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;*
- ✓ *категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;*
- ✓ *средние нормативы объема медицинской помощи;*
- ✓ *средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;*
- ✓ *средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;*
- ✓ *требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.*

Вместе с тем, что гарантировалось гражданам РФ раньше, программа содержит ряд новых положений:

- ✓ *существенно снижен средний норматив объема стационарной помощи: с 2,78 койко-дня на одного жителя в 2012-м году до 2,35 койко-дня в 2015-м году (или на 0,43 койко-дня), в рамках базовой программы ОМС – с 1,894 до 1,59 соответственно (или на 0,304 койко-дня). Это должно привести к структурным преобразованиям в системе оказания медицинской помощи как за счет переноса объемов стационарной помощи на амбулаторный этап (поликлиники, дневные стационары), так и сокращения избыточного коечного фонда. Вместе с тем рост объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров является не настолько значительным, как со-*

кращение стационарной помощи. Так, число пациенто-дней на одного жителя увеличивается с 0,59 в 2012-м году до 0,71 в 2015-м году (или на 0,12 пациенто-дня), в рамках базовой программы ОМС – с 0,49 до 0,59 соответственно (или на 0,1 пациенто-дня);

- ✓ дифференцируются средние нормативы объемов медицинской помощи на основе введения новых показателей – посещения с профилактической и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также посещения по оказанию паллиативной медицинской помощи), посещения по неотложной медицинской помощи, обращения в связи с заболеванием, койко-дни паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях. Это дает возможность запланировать рост объемов тех конкретных видов помощи, развитие которых является приоритетным (профилактические мероприятия, паллиативная помощь, медицинская помощь в амбулаторных условиях). Вместе с тем рост числа посещений по неотложной медицинской помощи (с 0,36 в 2013-м году до 0,6 в 2015-м году) происходит при сохранении неизменным норматива объема скорой медицинской помощи: 0,318 вызова на весь период 2013–2015 годов;*
- ✓ приведена новая классификация рекомендуемых способов оплаты медицинской помощи (из утвержденного на 2012-й год перечня исключены неэффективные способы, например оплата по среднепрофильному койко-дню), что позволяет конкретизировать требования к территориальным программам ОМС в отношении выбора, ориентированного на результат способа оплаты.*

В рамках программы бесплатно предоставляются 4 вида помощи: ПМСП, в т. ч. доврачебная, врачебная и специализированная помощь; специализированная, в т. ч. высокотехнологичная, медпомощь; СМП, в т. ч. скорая специализированная, медпомощь и паллиативная медпомощь в медицинских организациях.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют в 2013-м году 9 032,5 рубля (на 1 399,1 рубля больше, чем в 2012-м году), в 2014-м году – 10 294,4 рубля, в 2015-м году – 12 096,7 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013-м году – 5 942,5 рубля, в 2014-м году – 6 962,5 рубля, в 2015-м году – 8 481,5 рубля. Таким образом, стоимость программы в 2013-м году вырастет почти на 200 млрд рублей по сравнению с 2012-м годом при численности населения 142,87 млн человек.

Если сравнивать расходы России с расходами на здравоохранение экономически развитых стран, то здесь конечно радоваться нечему. Список развитых стран с наибольшей долей затрат на здравоохранение относительно ВВП воз-

главляют США. За период 1960–2010 гг. доля суммарных расходов на здравоохранение в ВВП увеличилась в этой стране с 5,1 % до 17,9 %. В России эти показатели гораздо скромнее...

На заседании Правительства РФ в середине ноября 2012-го года Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова высказала сомнения о том, что запланированных 2,7 трлн рублей на коренное реформирование отрасли достаточно. Исходный сценарий программы требует повышения расходов на здравоохранение к 2015-му году до 3 трлн руб. (3,7 % ВВП), а к 2020-му – до 6,5 трлн (4,7 % ВВП). Минфин же настаивает на других цифрах: 2013-й год – 2,24 трлн руб., 2015-й – 2,48 трлн, 2020-й – 3,4 трлн. Утвержденный Советом Федерации бюджет на 2013-2015 годы предусматривает уменьшение расходов на здравоохранение с 554,7 млрд руб. в 2012-м году до 507 – в 2013-м. Для сравнения: по разделу «Национальная оборона» расходы составят 2,1 трлн руб., «Национальная безопасность и правоохранительная деятельность» – 2 трлн руб., «Национальная экономика» – 1,7 трлн руб.

Конечно, подводя итоги модернизации отрасли в 2011-2012 гг. следует отметить, что не обошлось без проблем, которые, к сожалению практически не представлены в региональных СМИ. Первая и, на наш взгляд, главная проблема состоит в том, что субъекты РФ ДФО оказались не готовы к работе со значительным дополнительным объемом бюджетных средств. Только несколько регионов подошли к проблеме системно и заранее определили, по каким направлениям и в каких пропорциях распределить средства модернизации отрасли. В большинстве же случаев механизм распределения финансовых ресурсов был проработан поверхностно, а по деталям возникало множество вопросов, которые решались «со скрипом».

Неспособность большинства субъектов РФ ДФО к проведению системного анализа и четкой формулировке потребностей ЛПУ заставили Министерство здравоохранения РФ унифицировать потребности ЛПУ регионов, что, в свою очередь, привело к массовым закупкам базового оборудования, которое не всегда отвечало местным потребностям. Многие ЛПУ оказались не готовы установить и запустить закупленную медицинскую технику. Сетевые графики ремонтов и реконструкции основных производственных фондов ЛПУ под поступающее оборудование не выполнялись, срывались сроки подготовки помещений, подвода коммуникаций и т. п., что, в конечном итоге, повлияло на результат программ модернизации. Об эффективности инвестиций в региональные программы модернизации можно будет судить только через несколько лет.

11.3. Региональные аспекты концепции развития отрасли здравоохранения ДФО до 2020-го года

Здравоохранение Дальнего Востока России – сложная, многоуровневая система, характеризующаяся многоступенчатостью объекта управления. В качестве приоритетных направлений совершенствования системы следует рассматри-

вать стратегическое планирование развития здравоохранения, разработку и реализацию целевых программ, как федерального, так и регионального уровня и совершенствование организации труда медицинских работников. В работе с программами выделяются следующие этапы: отбор проблемы для программной разработки; принятие решения о разработке программы и ее формирование; экспертиза и оценка программы; утверждение программы; управление реализацией программы и контроль за ходом ее выполнения.

Система здравоохранения на Дальнем Востоке России существует на основании ряда законодательных актов федерального и регионального уровней, призванных обеспечить ее целостность, комплексность и качество стандартов оказания медицинской помощи. Она включает в себя государственную и частную системы здравоохранения. Модернизация системы здравоохранения субъектов РФ ДФО является одной из важнейших составляющих концепции развития здравоохранения региона до 2020-го года и обусловлена необходимостью приведения избранной стратегии в соответствие с основными направлениями социально-экономических преобразований региона.

Важнейшим элементом реализации государственной политики в области здравоохранения является единая система стратегического и текущего планирования, сопровождающаяся усилением этапа среднесрочного планирования. Ключевой задачей планирования в отрасли здравоохранения на предстоящий период должны стать определение целевых показателей системы здравоохранения по эффективному расходованию ресурсов и сопоставление полученных медицинских результатов деятельности учреждений здравоохранения с размерами финансовых затрат, использованных для их достижения.

Переход в начале 1990-х годов от одной идеологической платформы к другой, от планового хозяйства к свободному рынку и западной демократии сопровождался ухудшением показателей здоровья дальневосточников. За более чем двадцатилетний период реформ делалось несколько попыток реорганизации отрасли здравоохранения в виде введения ОМС, реализации концепции реформирования здравоохранения и медицинской науки РФ 1998–2005 гг., и приоритетного национального проекта «Здоровье» 2006–2008 гг. и, наконец, модернизации 2011–2012 гг. Однако, как показала действительность, переломить ситуацию пока не удается. Сегодня мы являемся свидетелями и участниками очередной компании реформирования отечественного здравоохранения уже до 2020-го года.

На этом фоне продолжает существовать громоздкая и неэффективная инфраструктура медицинской помощи, ориентированная на отсутствие конкуренции среди производителей медицинских услуг и лечение в круглосуточном стационаре, что в условиях хронического дефицита финансирования отрасли приводит к стагнации ПМСП со всеми вытекающими из этого последствиями. Снижаются объемы профилактических мероприятий, ранней диагностики распространенных заболеваний, диспансеризации и реабилитации. А самое главное, параллельно с ростом показателей

заболеваемости и инвалидности большей части населения региона снизились доступность, качество и безопасность производимых медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Именно сегодня имеется шанс сделать правильные шаги в направлении таких изменений в отрасли здравоохранения региона, которые позволили бы в рамках общероссийской стратегии реформирования 2020-го года сформулировать региональные подходы.

Региональная привязка стратегических планов реформирования здравоохранения ДФО. Эффективное управление крупномасштабным проектом «Дальний Восток и Забайкалье», имеющим статус федеральной целевой программы, ставит задачи по формированию стратегических планов реформирования отдельных отраслей, таких как здравоохранение. Разработка и обоснование стратегии реформирования отдельной отрасли не может обойтись без определения границ программной территории.⁵⁷ В течение последнего десятилетия работ по районированию современной России немного.⁵⁸ Однако потребность в них начинает постепенно осознаваться, впрочем, не столько географами, сколько специалистами в области регионального и муниципального управления.⁵⁹ Сегодня, при относительной стабилизации экономики, органы государственной власти и местного самоуправления от решения сиюминутных задач переходят к разработке стратегий. Но сама идеология стратегического управления региональным развитием требует пересмотра методологии и подходов к районированию.⁶⁰ При этом надо учесть, что в условиях рынка процессы формирования экономических районов находятся под усиливающимся влиянием социальной, этнокультурной и политической подсистем территориальной организации общества.⁶¹

Стратегия развития здравоохранения Дальнего Востока России также требует понимания пространственного развития региона. Сегодня имеются работы по обоснованию экономического зонирования как одного из методов регионального стратегического анализа. Предложено несколько алгоритмов макроэкономического зонирования, в том числе и Дальнего Востока России. Имеются работы, в которых сделана попытка обоснования выделения четырех макроэкономических зон региона: Крайнего Севера, Дальнего Севера, Ближнего Севера и Южной зоны (рис. 93).⁶² С позиции специалистов, вероятно, такой

⁵⁷ Гаврилов М.К., Федорова Е.Н., Лазебник О.А. К вопросу о границе Севера России и его зонировании // Известия РГО. – 2004. – № 1.

⁵⁸ Тимофеев Л.Ф., Кривошапкин В.Г., Кылатчанов РМ. Медико-экономическое районирование Республики Саха (Якутия) // Бюлл. НИИ общественного здоровья РАМН. – М., 2004. – Вып. 3. – С. 135–138.

⁵⁹ Тимофеев Л.Ф. Научные основы и организационные механизмы совершенствования здравоохранения в территориях с низкой плотностью населения (по материалам Республики Саха (Якутия). Автореф. дис. д.м.н. Москва. ГУ Национального НИИ общественного здоровья РАМН. – 2005. – 49 с.

⁶⁰ Демьяненко А.Н. Район как объект стратегического управления в контексте теории организации // Пространственная экономика. – 2008. – № 2.

⁶¹ Минакир П.А. Экономика и пространство (тезисы размышлений) // Пространственная экономика. – 2005. – № 1.

⁶² Вишневский Д.С., Демьяненко А.Н. Макроэкономическое зонирование как метод стратегического анализа: Дальний Восток России. Пространственная Экономика 2010. – № 4. – С. 6–31.

подход авторов проекта недостаточно обоснован, однако предлагаемая классификация территории ДФО сформирована с учетом реальных экономических процессов, что вносит существенный вклад в решение этой важной научной задачи пространственной экономики и дает новый импульс для профессиональных дискуссий в этой области.⁶³

Зона Крайнего Севера занимает 46 % территории ДФО. В административном отношении это заполярные районы Республики Саха (Якутия), север Магаданской области, Чукотский и Корякский автономные округа. Заселена крайне слабо, плотность населения в разрезе муниципальных районов колеблется в интервале от 0,01 до 0,08 чел./км². Доля численности населения зоны Крайнего Севера в общей численности населения макрорегиона немногим более 2 %. В пределах рассматриваемой зоны находятся основные ареалы компактного проживания коренных малочисленных народов Севера – чукчей, коряков, эскимосов и др.

Несущими элементами системы расселения являются районные центры, расположенные или на морском побережье, или на судоходных реках, с плотностью от 1,5 до 3,3 тыс. человек.

Все они выполняют транспортно-распределительные и организационно-хозяйственные функции, как правило, не выходящие за пределы своих районов. Исключением является г. Анадырь (11,8 тыс. человек), выполняющий те же функции, что и центры муниципальных районов, но в несколько больших размерах, уже в силу того, что он является столицей субъекта РФ. Ближайшие перспективы развития экономики в зоне Крайнего Севера связаны с освоением новых месторождений особо ценного минерального сырья предприятиями с различными объемами производства и сроками деятельности, но, бесспорно, недолговечными. Скорее всего, они будут осуществлять свою деятельность на базе вахтовых поселений. Следует ожидать негативного воздействия их деятельности на состояние крайне хрупких в высоких широтах природных комплексов, даже при использовании передовых природоохранных технологий и отрицательного влияния условий региона на здоровье пришлое население.

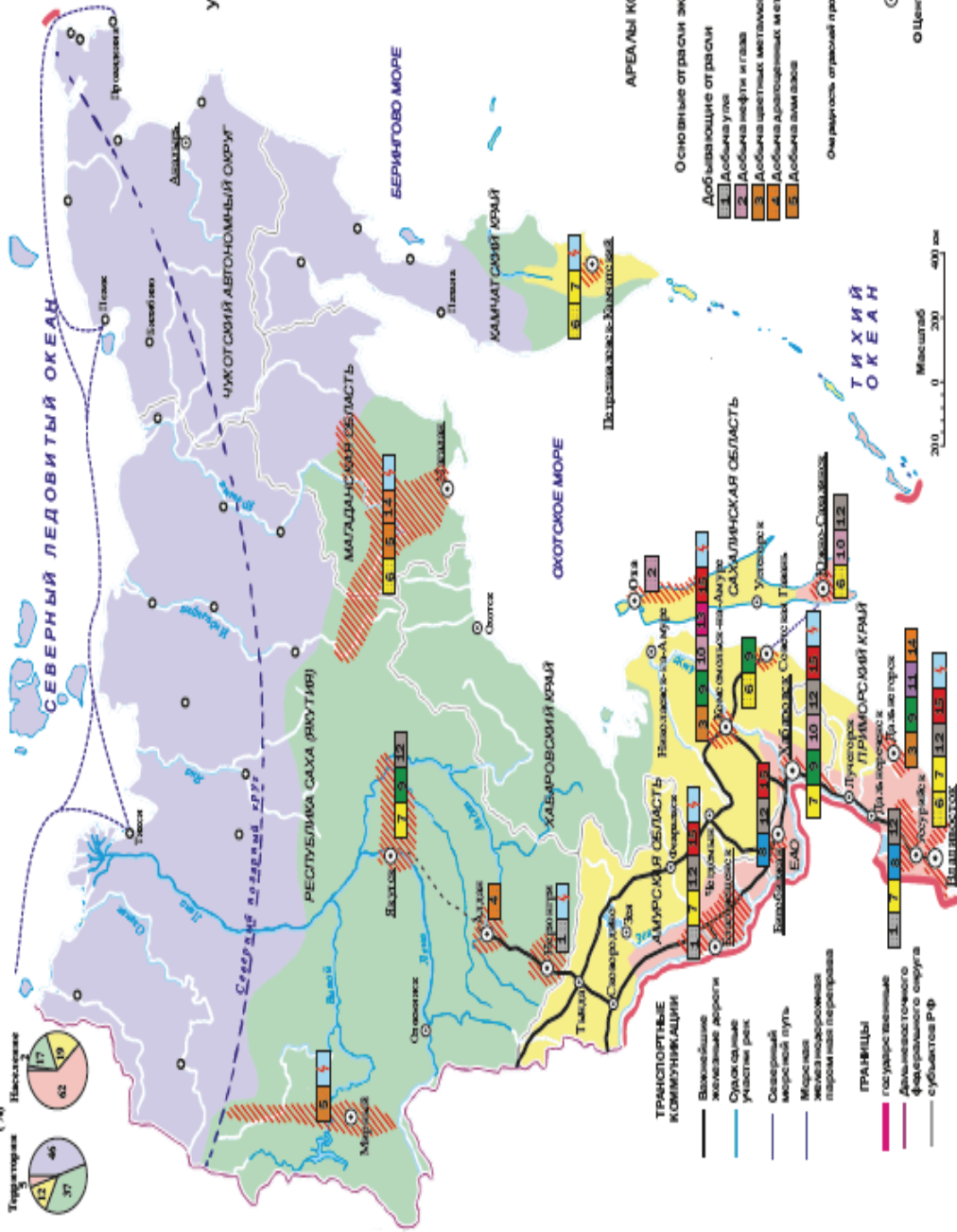
Зона Дальнего Севера занимает 37 % территории Дальнего Востока. Природные условия жизни населения малоблагоприятные.

Плотность населения в среднем по экономической зоне составляет около 1,0 чел./км². Она отличается большой неравномерностью — в пределах ареалов концентрации экономической деятельности возрастает почти на порядок.

Структура экономики зоны Дальнего Севера отличается большим разнообразием, чем в зоне Крайнего Севера: наряду с традиционной экономикой коренных народностей Севера (охота, рыболовство, заготовка таежных дикоросов) в ней представлены производства по добыче и первичной переработке

⁶³ Краснопольский Б.Х. Мифы и реальности экономического районирования (отклик на статью Д.С. Вишневого и А.Н. Демьяненко «Макроэкономическое зонирование как метод стратегического анализа: Дальний Восток России»). *Пространственная Экономика* 2011. – № 2. – С. 169–174.

ДОЛЯ ОДИН В ДВУХКО РИИ И В ДРУГОЙ ДИИ ДА ДАНОГО ВОСТОКА



У С Л О В Н Ы Е О Б О З Н А Ч Е Н И Я
МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗОНЫ

Крайний Север. Тундра, лесотундра, северная тайга. Желание жизни наиболее близко к экстремальным. Плотность населения абсорбирует экономика (земельство и охота), точечная эксплуатация месторождений особым ценного минерального сырья. Плотность населения менее 0,1 чел./кв. км

Дальний Север. Северная и средняя тайга. Условно жители малообеспеченные. Фрагментарные артели горнодобывающей, рыбной промышленности, оленьего хозяйства. Плотность населения в среднем 0,6 чел./кв. км

Ближний Север. Средние и южные тайга. Желание жизни среднеобеспеченные. Формирующиеся системы оленеводства и централизованной и сборной-массовых лесозаготовок. Плотность населения в среднем 1,6 чел./кв. км

Южная зона. Хвойно-широколиственные леса, лесостепь. Условно жители обеспеченные. Территория сплошного хозяйственного освоения. Система крупных промышленных и аграрных артелей с диверсифицированной экономикой, сформировавшейся на основе магистральных транспортных коммуникаций. Плотность населения в среднем 12,7 чел./кв. км

АРЕАЛЫ КОНЦЕНТРАЦИИ ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Основные отрасли экономики, формирующие промышленный сектор артелов
- 1 Добыча угля
 - 2 Добыча нефти и газа
 - 3 Добыча цветных металлов
 - 4 Добыча драгоценных металлов
 - 5 Добыча алмазов
 - 6 Обрабатывающие отрасли
 - 7 Рыбная промышленность
 - 8 Лесная промышленность
 - 9 Авиационная промышленность
 - 10 Производство строительных материалов
 - 11 Производство текстиля
 - 12 Производство химической продукции
 - 13 Производство машиностроения
 - 14 Производство электротехники
 - 15 Производство оборудования
 - 16 Производство мебели
 - 17 Производство изделий из кожи
 - 18 Производство изделий из меха
 - 19 Производство изделий из дерева
 - 20 Производство изделий из металла
 - 21 Производство изделий из стекла
 - 22 Производство изделий из керамики
 - 23 Производство изделий из пластика
 - 24 Производство изделий из резины
 - 25 Производство изделий из текстиля
 - 26 Производство изделий из бумаги
 - 27 Производство изделий из кожи
 - 28 Производство изделий из меха
 - 29 Производство изделий из дерева
 - 30 Производство изделий из металла
 - 31 Производство изделий из стекла
 - 32 Производство изделий из керамики
 - 33 Производство изделий из пластика
 - 34 Производство изделий из резины
 - 35 Производство изделий из текстиля
 - 36 Производство изделий из бумаги

Омраченность отраслей промышленности и услуг на карте дана в той же последовательности, что и в легенде

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ

- Центры (города) артелов
- Ассимилированные центры
- Центры муниципальных районов и zones Крайнего Севера
- Зарубежье - центры субъектов РФ

Рис. 93. Макроэкономические зоны Дальнего Востока

биологических ресурсов и минерального сырья, а также ряд отраслей сельской (аграрной) экономики. Характерная особенность экономического пространства в пределах этой зоны – фрагментарность, которая проявляется в том, что даже наиболее крупные ареалы концентрации экономической деятельности практически не связаны друг с другом; они в большей степени взаимодействуют с территориальными экономическими образованиями Ближнего Севера и Южной зоны, чем друг с другом.

В обозримой перспективе вряд ли следует ждать радикальных изменений в территориально-отраслевой структуре экономики и в системах расселения населения в зоне Дальнего Севера. По-прежнему будет велика роль Якутска и Магадана как организационных, культурно-образовательных и транспортно-логистических центров этой зоны. Получат дальнейшее развитие уже сложившиеся ареалы концентрации экономической деятельности.

Зона Ближнего Севера – это своеобразное буферное территориальное образование между Севером и Югом Дальневосточного макрорегиона, как в природном, так и в социально-экономическом отношении, занимает 12 % территории Дальнего Востока. В природном отношении это средняя и южная тайга. Природные условия жизни населения и ведения экономической деятельности вполне благоприятны. Здесь проживает почти 20 % населения Дальневосточного макрорегиона, средняя плотность населения составляет 1,6 чел./км².

В структуре экономики преобладают добыча и первичная переработка минерально-сырьевых (топливно-энергетических в первую очередь), биологических ресурсов моря и лесных ресурсов, в то же время высок удельный вес отраслей обрабатывающей промышленности и транспорта. Ближний Север — крупнейший в регионе производитель продукции лесного комплекса, а также драгоценных и некоторых цветных металлов, рыбной продукции, а в последние годы благодаря реализации шельфовых проектов Сахалин вышел и в число значимых нефтегазовых центров экспортной ориентации. В отраслевой структуре экономики зоны Ближнего Севера высок удельный вес обрабатывающих отраслей, более того в промышленном комплексе Комсомольск—Амурск—Солнечный обрабатывающие отрасли доминируют. Это обусловлено относительно высоким уровнем развития транспортной и энергетической инфраструктуры. Зона Ближнего Севера, за исключением Нижнего Амура и Северного Сахалина, обслуживается Объединенной энергосистемой Востока. Другая особенность зоны Ближнего Севера как территориального экономического образования заключается в том, что в отличие от зон Крайнего и Дальнего Севера здесь сформировалась транспортная система круглогодичного действия. При этом большая часть, если не в территориальном, то в экономическом и расселенческом отношении, тяготеет к БАМу — восточному крылу Северо-Российской Евразийской магистрали. Однако отдельные очаги концентрации экономической деятельности перемежаются территориями с относительно невысоким уровнем хозяйственного освоения (лесопромышленного в первую очередь).

Наконец, есть еще одно принципиальное отличие зоны Ближнего Севера от рассмотренных выше экономических зон: освоение природно-ресурсного потенциала и в настоящее время, и в обозримой перспективе опирается на постоянные поселения. Обозримые перспективы в развитии экономики Ближнего Севера связаны в большей степени с модернизацией существующих промышленных узлов и центров, чем с появлением новых.

Южная зона – это территория сплошного экономического освоения; располагается в зонах хвойно-широколиственных лесов и лесостепи, отличается от других экономических зон Дальневосточного макрорегиона наименьшим уровнем агрессивности природной среды в отношении экономической деятельности и систем расселения, что находит свое отражение в плотности экономического пространства. Плотность населения здесь на порядок выше, чем в северных зонах, и составляет в среднем 12,7 чел./км². Зона занимает около 5 % территории, в ее пределах проживает более 60 % населения Дальнего Востока.

Экономика Южной зоны отличается от экономик других зон не только большими масштабами, но и разнообразием: значимое место в ней наряду с отраслями обрабатывающей промышленности занимают сельское хозяйство и ряд отраслей сервисной экономики, а географическое положение предопределило развитие транспортно-логистического комплекса. Природно-ресурсный потенциал Южной зоны достаточен для ведения лесозаготовок, рыболовства, добычи и обогащения отдельных видов минерального сырья.

Отличительная черта Южной зоны – достаточно зрелая система городских центров, которые объединены полимагистральным инфраструктурным коридором Владивосток—Хабаровск—Благовещенск с выходами на рынки сопредельных стран. Несомненно, этот коридор, в пределах которого находятся практически все большие и крупные городские поселения Южной зоны (исключение Южно-Сахалинск), можно рассматривать как системообразующий элемент территориальной организации экономики всего Дальнего Востока.⁶⁴

Формирование емкого регионального рынка требует активной демографической политики, направленной, с одной стороны, на предотвращение исхода населения с Дальнего Востока в целом, и особенно из Южной зоны, с другой стороны — на привлечение и последующую адаптацию населения из других регионов России.⁶⁵ Но при этом трудно ожидать, что можно резко ускорить приток даже в Южную зону желательных социальных и профессиональных групп населения до необходимых размеров, хотя бы по той простой причине, что обустройство их потребует не только значительных средств (нужно создать условия жизни более комфортные, чем в районах выхода), но и времени.⁶⁶

⁶⁴ Минакир П.А., Демьяненко А.Н. Пространственная экономика: эволюция подходов и методология // Пространственная экономика. – 2010. – № 2.

⁶⁵ Минакир П.А., Прокапало О.М. Региональная экономическая динамика. Дальний Восток. Хабаровск: ДВО РАН, 2010.

⁶⁶ Романов М.Т. Территориальное устройство хозяйства и населения на российском Дальнем Востоке. Владивосток: Дальнаука, 2004.

Следует отметить, что Южная зона обладает необходимым минимумом научно-технического потенциала. Эффективное использование этого потенциала, что возможно только при создании соответствующих институциональных условий и инфраструктурного обеспечения научной деятельности, дает основание для производства продукции, конкурентоспособной на рынках сопредельных стран. Разнообразие условий в пределах Южной зоны – отличительная черта пространственной организации экономики зоны – сопровождается многообразием предложения мест для различных типов экономической деятельности – от традиционного хозяйства народностей Приамурья до постиндустриальных.⁶⁷

В настоящее время имеется немало работ, авторы которых предлагают те или иные сетки районов как Дальнего Востока в целом, так и отдельных субъектов РФ ДФО. Но в то же время практически нет работ, посвященных районобразованию, применительно к современному этапу развития экономики Дальневосточного макрорегиона.⁶⁸

Необходимость разработки современной модели управления системой здравоохранения на основе осмысления новой роли государства во взаимоотношениях с обществом, с его институтами и гражданами продиктована сложившимися и прогнозируемыми условиями жизнедеятельности социума Дальнего Востока России. Особый смысл приобретает поиск путей оптимизации процессов функционирования региональной системы охраны здоровья граждан для эффективной реализации государственной программы развития здравоохранения России до 2020-го года. Именно в этом контексте потребуются знания о пространственной модели развития ДФО.

Общие региональные подходы реформирования здравоохранения. Общество ошеломлено тем, что рыночные реформы и построение демократии на деле обернулось распадом социальной сферы, упадком культуры, науки и образования региона. Врачи и ученые, медицинские сестры и другие работники здравоохранения стремятся понять, почему на фоне ухудшения здоровья населения стали недоступными отечественные лекарства, зарплата медицинского персонала не дотягивает до среднего уровня в народном хозяйстве, почему, наконец, между ними и пациентами встали непреодолимые социальные, нравственные и финансовые барьеры.

Уже второе десятилетие широкий круг проблем здравоохранения Дальнего Востока не находит своего разрешения, что является следствием глубокого системного кризиса. Остается только сожалеть о том, что все меры, способствующие охране и укреплению здоровья дальневосточников в виде поддержания в нормальном состоянии элементов окружающей природной и социальной среды, в том числе и системы непосредственного жизнеобеспечения, оказываются неэффективными в первую очередь из-за отсутствия политической воли управ-

⁶⁷ Пузанов А.С. Социально-экономические зоны и районы Дальнего Востока. Автореф. к. г. н. – М., 1990.

⁶⁸ Демьяненко А.Н. Территориальная организация хозяйства на Дальнем Востоке России. – Владивосток: Дальнаука, 2003.

ляющих структур. Образ жизни и условия жизнеобеспечения населения ДФО, уровень его образования и культуры, использование научных знаний для предупреждения и лечения болезней, для максимального продления активной творческой жизни человека становятся предметом для обсуждения в различных государственных структурах и виртуальном пространстве отечественных СМИ. Следует отметить, что обсуждаемые вопросы весьма актуальны, но принимаемые решения, а самое главное их исполнение весьма далеки от реальной действительности и чаще всего выглядят, как бесконечный перечень «протоколов о намерениях».

В условиях рыночных реформ отмечается резкое снижение эффективности всех системных функций российского здравоохранения – развития медицинской науки, профилактики и лечения заболеваний, подготовки и использования кадров, управления медицинскими учреждениями. Поэтому сегодня главный вопрос не в том, есть ли кризис здоровья и угроза выживанию дальневосточников, по каким причинам и какими темпами этот кризис развивается, и даже не столько в том, насколько темпы его развития зависят от морального и социального состояния кадровых ресурсов отрасли, а в том, за счет чего этот кризис может быть преодолен.

Настала пора остановиться и разобраться, осмыслить случившееся, происходящее и предстоящее. Куда идет некогда стройная и понятная гражданам и медицинским работникам отечественная система организации медицинской помощи, почему меняются взаимоотношения между медицинскими работниками и населением, почему только около трети дальневосточников оценивают качество медицинской помощи, как удовлетворительное, а остальные весьма не лестно отзываються об его уровне. Этот вопрос в последние годы становится все острее, поскольку дальневосточники не в силах осознать, как и почему разрушена система охраны здоровья и на что направлены политические и экономические реформы в ДФО.

Приоритетами будущей стратегии эффективного использования ресурсов здравоохранения региона должно стать достижение сбалансированности между объемами государственных гарантий оказания дальневосточникам бесплатной медицинской помощи и их ресурсным обеспечением. Для этого должны быть разработаны и реализованы стратегические планы по нескольким направлениям:

- ✓ *структурная перестройка отрасли здравоохранения;*
- ✓ *воспроизводство основных фондов лечебных учреждений;*
- ✓ *внедрение экономических методов управления отраслью;*
- ✓ *привлечение инвестиций в модернизацию ЛПУ;*
- ✓ *стимулирование развития негосударственного сектора.*

Реформы системы здравоохранения субъектов РФ ДФО должны начаться снизу, с модернизации первичной медико-санитарной помощи и реорганизации территориальных поликлиник. У каждого дальневосточника должен появиться

«лечащий врач», то есть врач общей (семейной) практики, заменяющий участкового врача.

Основой концепции развития здравоохранения региона является сохранение и улучшение здоровья его жителей, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Основными задачами ее реализации выступают:

- ✓ *увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний;*
- ✓ *сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;*
- ✓ *повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.*

Основные принципы концепции: всеобщность, социальная справедливость, доступность, качество и безопасность медицинской помощи дальневосточникам вне зависимости от социального статуса, уровня их доходов и места проживания; профилактическая направленность; экономическая эффективность функционирования медицинских учреждений; единство медицинской науки и практики; активное участие общества в решении вопросов здравоохранения.

Реализацию концепции следует рассматривать в два этапа: I этап – 2011–2015 гг. – подготовка и осуществление основных мероприятий; II этап – 2016–2020 гг. – завершение структурной перестройки отрасли.

Необходимо создание новой организационной модели здравоохранения ДФО. Ведущим принципом здесь должно стать качественное медицинское обслуживание пациента в амбулаторно-поликлинической сети, на дому, в диагностическом центре, специализированном диспансере, в полустационаре, стационаре и в санатории. Это единый комплексный лечебно-профилактический процесс, в котором каждое технологическое звено имеет свои функции, исключая дублирование и определяемые функциональным назначением и экономической целесообразностью.

Изменение структуры и функции большинства ЛПУ региона. Противоречивость политических и социально-экономических реформ на Дальнем Востоке России нашла зеркальное отражение в сложности проводимых преобразований в системе здравоохранения. Это обусловлено многими факторами, которые можно объединить в три основные группы:

- ✓ *несовершенство принципов финансирования медицинской помощи, неэффективное использования выделенных ресурсов, господство административно-командных методов управления;*
- ✓ *появление новых проблем, связанных с переходом от государственной системы здравоохранения к бюджетно-страховой с качественно новыми экономическими отношениями;*
- ✓ *недооценка важности реформ системы здравоохранения как важнейшего сектора экономики региона.*

За последнее десятилетие усилилась диспропорция между объемами предоставляемой населению медицинской помощи и занятыми врачебными долж-

ностями. При отмечаемом снижении объемов помощи населению в стационарном и амбулаторно-поликлиническом секторах в них продолжается рост обеспеченности должностями врачей.

В больничном секторе сохраняется нерациональное распределение больничных коек по уровням иерархии организации медицинской помощи (местный, районный, межрайонный (зональный), региональный), в результате чего неудовлетворительно используются больничные койки крупных многопрофильных больниц и специализированных центров.

Отсутствует интеграция в деятельности служб здравоохранения и социального обеспечения в использовании маломощных стационаров для организации медико-социальной помощи населению. В силу концентрации специализированных видов помощи и новейших медицинских технологий в крупных учреждениях (на вышестоящих уровнях организации медицинской помощи) углубляется разрыв в качественных показателях стационарной помощи населению, проживающему в крупных городах и жителям небольших городских поселений и сельских местностей субъектов РФ ДФО. При этом нерационально используются дорогостоящие больничные койки в специализированных отделениях в результате отсутствия организации системы долечивания больных и проведения восстановительного лечения в учреждениях (отделениях) соответствующего профиля.

Большие ресурсы сосредоточены в службе скорой медицинской помощи, в значительной мере дублирующей деятельность участковых служб. Целью проводимой в регионе реформы здравоохранения является преобразование существующей системы здравоохранения, повышение ее медицинской, социальной и экономической эффективности. При этом содержанием реформирования отрасли должна стать реструктуризация стационарной и внебольничной помощи на основе перехода отрасли на современные медико-организационные и ресурсные стандарты развития на базе прогрессивного правового, экономического, нормативного и организационного обеспечения.

В качестве механизма реализации задач реструктуризации здравоохранения на региональном уровне предлагается проведение разработки Региональной схемы (модели) реструктуризации системы оказания населению медицинской помощи и сети учреждений здравоохранения.

Научно-методической базой по реструктуризации системы оказания медицинской помощи населению являются:

- ✓ *углубленный анализ официальных статистических данных;*
- ✓ *анализ отечественного и зарубежного опыта по данной проблеме;*
- ✓ *результаты научно-исследовательских работ программы «Разработка научных основ охраны здоровья населения и дальнейшего развития здравоохранения в период его реформирования».*

Реструктуризацией должны быть охвачены важнейшие направления деятельности системы здравоохранения в виде специальных программ, в которых должно быть обеспечено:

- ✓ *определение приоритетов в развитии здравоохранения регионов и установление баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями;*
- ✓ *установление оптимальных пропорций между видами медицинской помощи;*
- ✓ *обеспечение перехода отрасли на прогрессивные модели развития, отвечающие требованиям научно-технического прогресса, реализующие возможности стандартов современных медицинских и организационных технологий;*
- ✓ *использование нормативного регулирования, которое должно охватить важнейшие стороны деятельности учреждений здравоохранения и их ресурсного обеспечения.*

Необходимое правовое регулирование важнейших аспектов деятельности системы здравоохранения для обеспечения реструктуризации отрасли по основным направлениям сегодня в принципе обеспечено:

- ✓ *первичная медицинская помощь,*
- ✓ *больничная помощь,*
- ✓ *ресурсосберегающие технологии,*
- ✓ *специализированная медицинская помощь;*
- ✓ *медико-социальная помощь населению;*
- ✓ *финансирование здравоохранения;*
- ✓ *обеспечение качества медицинской помощи;*
- ✓ *права и профессиональная ответственность работников системы здравоохранения.*

Методической основой реструктуризации отрасли ДФО являются апробированные практикой современные принципы оптимизации оказания медицинской помощи населению:

- ✓ *регионального подхода при формировании на территории сети учреждений здравоохранения с трехуровневой организацией медицинского обеспечения и этапности в лечении больных;*
- ✓ *размещения средств здравоохранения по этапам оказания медицинской помощи;*
- ✓ *дифференциации оказания медицинского обеспечения по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса;*
- ✓ *интеграции систем здравоохранения и систем социального обеспечения;*
- ✓ *развития замещающих стационар технологий (дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационары дневного пребывания в больнице, стационары на дому и др.);*
- ✓ *развития первичной медицинской помощи на основе принципов общей врачебной практики.*

Реализация этих принципов позволит обеспечить оптимизацию использования имеющихся ресурсов (материально-технических, кадровых, финансовых) с одновременным обеспечением медицинской и социальной эффективности деятельности учреждений здравоохранения на территории региона в целом.

Формирование рациональной сети ЛПУ должно быть основано на расчетах потребности населения каждого муниципального образования в медицинской помощи – адекватной этой потребности мощности сети медицинской помощи. Расчеты потребности в медицинской помощи основываются на:

- ✓ численности населения, сложившегося (или прогнозируемого на конец планового периода);
- ✓ показателях общей заболеваемости населения пилотного региона;
- ✓ расчетных технологических нормативах кратности оказания различных медицинских услуг при том или ином заболевании (либо группе заболеваний);
- ✓ расчетных нормативах временных затрат на оказание медицинских услуг.

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи общая мощность сети распределяется по уровням (этапам), характеризующимся, в первую очередь, степенью сложности медицинских технологий. При этом учитывается как эффективность, так и доступность медицинской помощи. Сложность сочетания этих принципов обусловлена разнонаправленностью действий, направленных на максимально возможную реализацию каждого из этих принципов в отдельности. Эффективность достигается за счет достаточно высокого уровня концентрации сил и средств, но при этом снижается уровень географической и временной доступности медицинской помощи.

И наоборот, максимальное приближение возможно большего числа видов и объемов медицинской помощи к месту проживания жителей небольших населенных пунктов ДФО приводит к распылению сил и средств системы медицинской помощи, повышению затрат, сопровождающемуся к тому же снижением ее эффективности.

Формирование рациональной региональной сети медицинской помощи базируется на использовании двух показателей:

- ✓ минимального размера функционального блока оказания того или иного вида медицинской помощи, обеспечивающий приемлемый уровень эффективности ее оказания;
- ✓ нормативного показателя временной доступности того или иного вида медицинской помощи (с учетом расстояния, транспортных возможностей и развития средств связи), позволяющего оказать медицинскую помощь в сроки, не оказывающие существенного влияния на снижение ее медицинской эффективности.

Под минимальным функциональным блоком понимается минимально допустимый размер подразделения, позволяющий оказывать медицинскую помощь необходимого качества при эффективном использовании ресурсов. Он

определяется объемом помощи, оправдывающим существование подразделения. Например, для амбулаторной помощи минимальный функциональный блок должен соответствовать нормативной нагрузке врача. Если ожидаемое число посещений ниже такой нагрузки, то это означает, что минимально допустимый блок не обеспечивается, то есть введение врачебной должности не оправдано.

Фактором, определяющим минимальный функциональный блок, выступает минимально допустимая техническая оснащенность рабочего места. Чем выше требования к технической оснащенности, тем выше минимально допустимый размер подразделения. Он особенно высок в ресурсоемких специальностях (онкология, офтальмология, кардиохирургия, сосудистая неврология).

Следует также учитывать, что размер минимального функционального блока зависит от экономической ситуации. Чем меньше средств, тем более оправдана концентрация ресурсов, то есть увеличение размера этого блока. При улучшении экономической ситуации появляется возможность децентрализации оказания помощи для ее территориального приближения к населению.

Общий алгоритм формирования рациональной региональной сети медицинской помощи сводится к тому, что сеть медицинской помощи делится на несколько уровней. На современном этапе развития медицинских технологий, развития транспортной сети и средств связи в субъектах РФ ДФО целесообразно использование трехуровневой региональной системы оказания медицинской помощи:

- ✓ *на нижнем (районном) уровне планируется оказание для жителей муниципального образования тех видов помощи, объем которых не меньше величины полной загрузки минимального функционального блока. Чаще всего, это виды медицинской помощи, относящиеся к первичной медико-санитарной помощи. Однако, если расчетный объем какого-либо вида специализированной медицинской помощи для населения конкретного муниципального образования позволяет сформировать полноценный функциональный блок (не меньше минимального), то он может быть сформирован на районном уровне;*
- ✓ *оставшиеся расчетные мощности, предназначенные для оказания медицинской помощи населению муниципального образования, объединяются на межрайонном уровне с аналогичными мощностями, предназначенными для населения других муниципальных образований, входящих в состав медицинского округа. При решении вопросов о месторасположении межрайонных центров учитываются характер расселения населения, сложившиеся потоки движения больных, транспортная инфраструктура, наличие подготовленных кадров и необходимой диагностической базы;*
- ✓ *из собранных на межрайонном уровне мощностей по каждому профилю (специальности) формируются специализированные подразделения,*

мощность которых не менее мощности минимального функционального блока;

- ✓ *по профилям и специальностям, мощности которых оказались ниже мощности минимального функционального блока, организуется специализированная медицинская помощь населению медицинского округа на региональном уровне, как правило, в медицинских организациях регионального подчинения;*
- ✓ *из структурных подразделений, оставленных на каждом уровне оказания медицинской помощи, формируются медицинские организации соответственно районного, межрайонного и регионального уровня. Набор конкретных медицинских организаций определяется номенклатурой медицинских организаций, требованиями к их минимальной мощности, структурой медицинских услуг различного уровня интенсивности, имеющейся материальной базой здравоохранения и инвестиционными возможностями региона.*

В тех местах, где временная доступность медицинской помощи (с учетом расстояния, транспортных возможностей и развития средств связи) в условиях сформированной сети медицинской помощи превышает установленные временные показатели доступности медицинской помощи, возможно формирование в радиусе нормативной доступности соответствующего подразделения меньшей мощности, чем мощность минимального функционального блока. Это решение должно приниматься лишь после тщательного изучения возможностей сокращения величины временной доступности за счет строительства дорог, введения дополнительных маршрутов общественного транспорта и т. п. мероприятий.

Сформированная по изложенному алгоритму рациональная региональная сеть медицинской помощи служит основой для разработки стратегического плана реструктуризации здравоохранения Дальневосточного региона.

Региональные аспекты реструктуризации. Общие принципы реструктуризации системы медицинского обеспечения дальневосточников требуют учета региональных особенностей территорий, в частности, численности и состава населения, характера расселения, уровня социально-экономического развития территории и транспортной инфраструктуры.

Основой современной системы оказания стационарной медицинской помощи становятся крупные больничные комплексы, в которых концентрируются специализированные виды помощи и современные медицинские технологии. В этих условиях стационарные учреждения местного уровня (участковые больницы и городские больницы небольших поселений) практически исчерпали себя как этап больничной помощи в ДФО. Маломощные центральные районные больницы оказываются не в состоянии на уровне современных порядков и протоколов обеспечить населению региона специализированные виды помощи. В результате этого снижается доступность квалифицированной стационарной по-

мощи для населения, проживающего в небольших городских поселениях и сельской местности.

Это противоречие является ключевым на современном этапе развитии стационарной помощи для жителей поселений макроэкономических зон ДФО: Крайнего Севера, Дальнего Севера и Ближнего Севера. Для его преодоления можно было бы использовать принцип регионального подхода при построении сети больничных учреждений, в соответствии с которым для обеспечения сельского населения специализированной помощью формируются межрайонные специализированные отделения (центры), оказывающие помощь населению нескольких тяготеющих к зональному центру районов. Однако на Дальнем Востоке России такой вариант использовать невозможно по причине разрушения транспортных связей между поселениями выше указанных зон и исключительно низкой плотности населения. Именно в этой ситуации возможна реализация двух вариантов обеспечения жителей отдаленных сельских и северных поселков региона доступной качественной и безопасной медицинской помощью.

Первый вариант – использование выездных форм производства плановых медицинских услуг (передвижные комплексные медицинские бригады) на различных транспортных средствах (водном, воздушном, железнодорожном и автомобильном). Что же относительно обеспечения доступности экстренной, в том числе и специализированной медицинской помощи – использование возможности центров медицины катастроф. Этот вариант организации медицинской помощи в условиях климатогеографических и транспортных ограничений региона формирует значительные социальные и финансовые риски. При этом все равно основой организации здравоохранения в этих условиях должна стать структура учреждений ПМСП с реализацией технологии врача общей (семейной) практики. В этих условиях наблюдается ежегодный рост расходов на организацию экстренных видов помощи в субъектах РФ ДФО на 8-12 %.⁶⁹

Второй вариант - формирование постоянно функционирующих специализированных медицинских комплексов (модулей) на местах, в поселениях Крайнего, Дальнего и Ближнего Севера ДФО, в виде стандартного ЛПУ, спроектированного для работы бригады врачей, способных оказать амбулаторную и стационарную, плановую и экстренную медицинскую помощь по основным специальностям (общая врачебная практика, педиатрия, хирургия и травматология, акушерство и гинекология). Вполне естественно, что этот медицинский модуль должен иметь возможность функционировать, как в режиме общего, так и автономного энергообеспечения, иметь спецавтотранспорт повышенной проходимости, адаптированный к работе в условиях Крайнего Севера и Полярной ночи. Этот вариант, несомненно, потребует больших финансовых и временных затрат. Однако именно он в условиях транспортных ограничений позволит обес-

⁶⁹ Тимофеев Л.Ф., Андреев Б.В., Кылатчанов Р.М. Санитарная авиация Якутии в XXI веке: проблемы и пути их решения // Бюлл. НИИ общественного здоровья РАМН. – М., 2004. – Вып. 6. – С. 123–126.

печить население выше указанных зон ДФО доступной качественной и безопасной медицинской помощью.

Что же относительно южной зоны (территория сплошного экономического освоения) субъектов РФ ДФО, то именно здесь сосредоточено более $\frac{3}{4}$ населения региона, что позволяет в полной мере использовать стратегию реформирования здравоохранения до 2020-го года, разработанную под патронажем Минздрава России.

Вопросы регионального подхода при формировании сети ЛПУ стали предметом рассмотрения достаточно давно. В апреле 1974 года на 7-й конференции по больничному делу в Европе с участием 20 европейских стран и ВОЗ была подчеркнута необходимость «регионализации» медицинских учреждений для обеспечения доступности для населения современных медицинских технологий. На основе вышеназванного принципа «регионального подхода» в 70-х годах была реорганизована сеть стационарных учреждений в ряде экономически развитых стран Европы. Крупные больничные комплексы стали основой национальных больничных служб во Франции, Швеции, Финляндии и Великобритании.

Во Франции медицинское районирование было регламентировано законом от 1970 года «О сети больниц», которым численность населения первичного звена стационарной помощи («сектора стационарного обслуживания») был определена в 150 тысяч человек; в Великобритании «медицинский район» охватывал 250 тысяч жителей.

В Швеции региональная больничная сеть представлена: 9 региональными больницами на 1 000-1 500 коек с зоной обслуживания около 1 млн жителей, 25 окружными больницами мощностью 600-800 коек на 250 тысяч жителей, 77 районными больницами мощностью 200-300 коек на 75 тыс. жителей. Все небольшие больничные учреждения были преобразованы в больницы-коттеджи и сестринские дома для соматически больных.

Региональная больничная сеть Финляндии была представлена учреждениями интенсивного обслуживания, которая при 5 млн. жителей в стране включала: 5 высокоспециализированных («университетских центральных больниц») со средней мощностью 1 310 коек с зоной обслуживания около 750 тысяч человек; 16 центральных больниц мощностью 460 коек с зоной обслуживания в среднем 236 тыс. человек; 35 прочих специализированных больниц со средней мощностью 160 коек. Средняя длительность пребывания на койке в больницах этого типа составляла 8 к/дней. Все небольшие больницы переданы в сферу деятельности первичной врачебной помощи: 204 центра здоровья имеют больничные учреждения со средней мощностью 107 коек. В них развернуто 45 коек на 10 тыс. населения. Эти койки используются для госпитализации хронических больных, для долечивания и оказания медико-социальной помощи престарелым и инвалидам.

Переход России на «региональную модель» и формирование межрайонных центров специализированной медицинской помощи позволит обеспечить

более высокий уровень качества предоставляемой медицинской помощи населению за счет повышения доступности всему населению новейших медицинских технологий и специализированных видов помощи. Проведенные научные исследования отечественных НИИ в течение последнего десятилетия позволили сделать следующие выводы.

- ✓ *Считать региональный подход при формировании сети стационарных учреждений важнейшим для перехода здравоохранения к качественно более высокому уровню организации стационарной медицинской помощи.*
- ✓ *Для формирования зон медицинского обслуживания необходимы предпосылки в виде благоприятной градостроительной и транспортной инфраструктуры, достаточной численности проживающего на территории населения, наличия соответствующей материально-технической базы, отвечающей рекомендациям соответствующего этапа медицинского обеспечения.*
- ✓ *Считать в новых условиях наиболее рациональным подходом к решению проблем районного (муниципального) здравоохранения усиление роли межрайонных центров в предоставлении всему населению зоны специализированной помощи по Программе государственных гарантий по обеспечению граждан РФ бесплатной медицинской помощью.*
- ✓ *Численность обслуживаемого населения при формировании зон медицинского обслуживания должна составлять не менее 100 тыс. жителей, при оптимальной численности – 150-300 тыс. человек.*
- ✓ *Больница центра зоны, обеспечивающая медицинскую помощь на данном этапе обслуживания должна иметь оптимальную мощность 400-800 коек, обеспечивать необходимый уровень интенсивности лечебно-диагностического процесса, принятый для данного этапа.*
- ✓ *Формирование зон медицинского обслуживания осуществляется в процессе разработки Территориальных программ государственных гарантий для обеспечения населению бесплатной медицинской помощи и формирования Региональных схем реструктуризации сети учреждений здравоохранения.*

Однако, несмотря на рациональность предлагаемой модели стационарной помощи, она возможна для реализации только в Южной зоне ДФО, что же относительно всей без исключения Северной зоны региона, то низкая плотность населения, климатогеографические условия и значительные транспортные ограничения региона блокируют общероссийскую концепцию реформирования отрасли.

В то же время именно в Южной зоне ДФО важным направлением реструктуризации стационарной помощи является дифференциация коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса, которая осуществляется по следующим направлениям.

I. Проведение группировки больниц (отделений) по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса:

- ✓ *больницы (отделения) интенсивного лечения (крупные больничные учреждения, располагающие современной медицинской техникой и укомплектованные квалифицированными кадрами по специальностям, необходимым для обеспечения комплексного лечения больных с острой патологией). Как правило, эти больничные учреждения имеют мощность не менее 300-400 коек, располагают мощной диагностической базой и круглосуточным блоком анестезиологии-реанимации;*
- ✓ *больницы (отделения) для планового лечения больных по своим параметрам приближаются к больницам интенсивного лечения, но не располагают развитой анестезиолого-реанимационной службой;*
- ✓ *больницы для долечивания и длительного пребывания больных. Как правило, это небольшие по мощности учреждения, которые используются для госпитализации больных, не нуждающихся в интенсивной терапии. Эти учреждения могут использоваться для долечивания больных после завершения активного периода лечения в больнице интенсивного лечения;*
- ✓ *больницы (отделения) сестринского ухода. Как правило, создаются для лечения тяжелых хронических больных пожилого возраста, которым требуется интенсивный уход со стороны среднего медицинского персонала.*

II. Профилирование больничных учреждений по преимущественному развитию коечного фонда с учетом их лечебно-диагностических возможностей и их место в региональной схеме сети больничных учреждений.

В качестве примера можно привести функциональный больничный комплекс, включающий:

- ✓ *больницу с койками преимущественно хирургического профиля на 510 коек с 15 должностями врачей анестезиологов-реаниматологов с числом коек по профилям: хирургические – 65, травматологические – 50, ожоговые – 10, онкологические – 60, гинекологические – 70, ЛОР – 45, терапевтические – 85, кардиологические – 65, нервные – 60;*
- ✓ *больницу с койками терапевтического профиля на 255 коек с числом коек по профилям: кардиологические – 60, общетерапевтические – 60, неврологические – 60, кожно-венерологические – 35, инфекционные – 40.*

III. Проведение дифференциации больничных коек по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса в отдельно взятом учреждении на основе использования технологии поэтапного стационарного лечения больных с выделением этапов: интенсивного лечения, активного лечения, долечивания.

- ✓ *Эта организационная схема позволяет интенсифицировать использование больничных коек, значительно повысить качество стационарной медицинской помощи. Эта схема рассчитана на работу с хорошо*

организованной преемственностью ведения больного на этапах его пребывания в больничном учреждении.

Учреждения сестринского ухода. С учетом показателей здоровья пожилого населения имеет место разрыв между объемами необходимой ему медицинской и резко нарастающей с возрастом медико-социальной помощи. Лица пожилого возраста нуждаются не только в лечебной помощи, сколько в сестринском уходе и других видах медико-социальной помощи.

Доля пожилых и престарелых в большинстве субъектов РФ ДФО превысила 25 %, заболеваемость пожилых в 2,5 раза, а престарелых в 5 раз выше, чем лиц трудоспособного возраста. Объемы медицинской помощи лицам в пожилых и старческих возрастах в ДФО недостаточны. В сложившейся структуре больничных учреждений региона не получили необходимого развития больницы, оказывающие медико-социальную помощь больным и престарелым. С целью улучшения оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в рамках реорганизации коечного фонда целесообразно обеспечить осуществление следующих мероприятий:

- ✓ *организацию больниц долговременного пребывания на койке на базе участковых больниц и небольших городских больниц, а также соответствующих отделений при больничных учреждениях;*
- ✓ *развитие учреждений сестринского ухода (больниц, отделений) для больных пациентов, нуждающихся в медико-социальной помощи;*
- ✓ *многоканальное финансирование учреждений (коек) медико-социального назначения за счет бюджетных средств здравоохранения и социального обеспечения и др.*

Скорая медицинская помощь. Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 01.01.2013 г. учреждения, оказывающие скорую медицинскую помощь, начали работать в системе обязательного медицинского страхования. Финансовые средства: заработная плата медицинских работников, оплата медикаментов, расходы на бензин для машин скорой помощи и прочие расходы, связанные с оказанием скорой медицинской помощи, перечисляются страховыми компаниями в полном объеме только если пациент имеет полис обязательного медицинского страхования.

Основными задачами и мероприятиями по совершенствованию системы оказания скорой медицинской помощи в рамках реализации стратегии реформирования здравоохранения до 2020-го года являются:

- ✓ *повышение оперативности и медико-экономической эффективности работы службы скорой медицинской помощи путем создания кабинетов (отделений) неотложной помощи при амбулаторно-поликлинических учреждениях и за счет использования скорой медицинской помощи преимущественно в случаях, требующих оказания экстренной медицинской помощи;*

- ✓ *обеспечение равной доступности и оперативности в получении качественных услуг скорой медицинской помощи для каждого жителя на основе оптимизации сети скорой медицинской помощи, основанной на расчетах потребности населения в ее услугах. Централизация диспетчерской службы, создание эффективной структуры и системы управления службой;*
- ✓ *оснащение станций и подразделений скорой медицинской помощи необходимым медицинским оборудованием, санитарным транспортом, современными навигационными комплексами и оперативной связью с диспетчерской службой и медицинскими учреждениями, оказывающими экстренную помощь;*
- ✓ *вовлечение в процесс оказания скорой медицинской помощи (на уровне первой медицинской) персонала служб жизнеобеспечения (милиция, инспекция по безопасности дорожного движения, пожарная служба) путем разработки механизма межведомственного взаимодействия при ликвидации чрезвычайных ситуаций;*
- ✓ *создание в межмуниципальных диагностических центрах медицинских бригад экстренной медицинской помощи экстерриториального базирования для оперативного реагирования и своевременного и адекватного оказания экстренной медицинской помощи.*

Место расположения и территория обслуживания Медицинских организаций СМП и ее подразделений устанавливаются органом управления здравоохранения субъекта РФ при согласовании с органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, с учетом 20-минутной транспортной доступности.

Комплексная оценка отрасли здравоохранения региона, медико-экономическое районирование, социологические и статистические исследования, а так же оригинальные методические подходы должны влиять на принятие управленческих решений по путям реформирования отрасли здравоохранения.⁷⁰ В настоящее время появилось значительное число фактических данных, которые указывают на то, что медико-санитарная помощь становится более действенной тогда, когда пациенты активно участвуют в процессе оказания этой помощи. Сегодня становится понятным тезис о том, что пациенты должны находиться в самом центре этого процесса и участвовать в его организации и осуществлении, в особенности потому, что сама медико-санитарная помощь становится все более сложной и приобретает персонализированный характер. Кроме того, у стареющего населения региона все чаще наблюдаются множественная и хроническая патология, требующая привлечения комплексных бригад медицинских работников. Социальные и географические факторы несправедливости в отношении образования, трудоустройства, доступа к информацион-

⁷⁰ Налимов М.Ю. Организационные аспекты совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Крайнего Севера // Бюлл. ГУ НИИ общественного здоровья РАМН. – 2007. – Вып. 2. – С. 98–101.

ным технологиям и проживанию в сельской местности не должны снижать возможности участия населения в этом процессе.⁷¹

Принцип участия всех слоев общества в реформировании отрасли подразумевает появление нового, дополнительного потенциала коммуникации и сотрудничества в комплексной и разветвленной среде сетевого общения и подчеркивает важную роль медийных средств и новых форм обмена информацией. Каждая сторона, как производители, так и потребители медицинских услуг должны вкладывать свои ресурсы, опыт и знания в процесс подготовки и реализации реформ. Благодаря привлечению частного сектора, гражданского общества, местных сообществ и отдельных граждан, принцип участия всего общества повышает устойчивость сообществ по отношению к угрозам их здоровью, безопасности и благополучию.

Региональные подходы к реформированию здравоохранения ДФО строятся в соответствие с новой нормативно-правовой базой, регламентирующей распределение ответственности между уровнями государственного управления. В результате в настоящее время государственная система управления здравоохранением оказалась разделенной на три уровня: федеральный, региональный и муниципальный, недостаточно связанных между собой. В результате система здравоохранения субъектов РФ ДФО оказалась «разорванной» и «фрагментарной». Поэтому формирование единого регионального подхода к реформированию отрасли на уровне всего Дальневосточного федерального округа, задача малоперспективная, что ставит перед управляющими структурами задачу сформировать региональный подход на уровне субъекта РФ.

Стратегия успешного управления здравоохранением территории должна строиться исходя из особенностей (социально-экономических, географических, климатических, транспортных и др.) региона. Для уточнения основных позиций в рамках объявленной модернизации отрасли и реорганизации структуры ЛПУ в качестве объекта исследования нами был избран типичный для Дальнего Востока России субъект РФ – Хабаровский край.

Проведенный ситуационный анализ типичного субъекта РФ, со средней плотностью 1,8 чел. на 1 км², моноцентричным типом расселения в виде концентрации $\frac{2}{3}$ жителей в южной зоне территории, с разнообразием природно-климатических зон, позволяет с учетом признаков географического и экономического положения отдельных муниципальных образований выделить три основных зоны (северная, центральная, южная), каждая из которых имеет свои особенности, как по климату, географическому положению, народонаселению, так и по экологии, развитию транспорта, промышленного производства и организации медицинской помощи (рис. 94).

⁷¹ Суслин С.А., Галкин Р.А. Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) // Здравоохранение РФ. – 2006. 1: 14-17.

**Северная зона (центр г. Николаевск-на-Амуре)
(Николаевский, Тугуро-Чумиканский, Аяно-Майский,
им. П. Осипенко, Охотский и Ульчский районы)**

Численность населения	79 584 тыс. в 2010 г. (115,2 тыс. в 2003 г.)
Площадь	514,2 тыс. км ²
Плотность населения	0,2 человека на 1 км ²
Число коек	884
Число врачей (физических лиц)	201 в 2010 г. (238 в 2003 г.)

Внутризональные транспортные связи:

- ❖ *автотранспорт имеет ограниченное значение как внутрирайонный;*
- ❖ *железнодорожный – отсутствует;*
- ❖ *водный является альтернативным, сезонным, охватывающим всю зону;*
- ❖ *воздушный является ведущим, охватывающим всю зону.*

На большей части территории северной зоны (сельские и отдаленные северные районы) имеется низкая плотность населения (меньше 0,1 человека на 1 км²), она относится к низкоурбанизированным территориям с суровыми (северными) климатическими условиями. В ней отсутствуют круглогодичные стабильные транспортные связи, кроме воздушного транспорта, что предполагает определенную изолированность муниципальных систем здравоохранения, дезинтеграция управления между краевым, межрайонным и муниципальным уровнями и многие другие особенности их работы.

Центром этой зоны является г. Николаевск-на-Амуре. Для обеспечения доступности населению в видах и объемах медицинской помощи в рамках краевой программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в этих муниципальных образованиях вынуждено содержится избыточный коечный фонд ЛПУ, избыточный кадровый потенциал, а кроме того, ежегодно тратится значительное число финансовых ресурсов на формирование структурно-организационные технологии выездной специализированной консультативной, неотложной и экстренной медицинской помощи. В отдельных случаях используется вахтовый метод работы специалистов региональных ЛПУ. Здесь сосредоточено большинство муниципальных образований края приравненных к районам Крайнего Севера.

Сохраняются тенденции миграционного оттока населения. С 2003 года население Северной зоны сократилось на 35,6 тыс. человек, т.е. на 30,9 %, число врачей уменьшилось на 37 физических лиц, т.е. на 15,54 %, средний возраст большинства врачей выше пенсионного. Показатели здоровья населения в этой зоне неудовлетворительные, смертность превышает рождаемость.

Центральная зона. С юга к Северной зоне прилежат муниципальные образования, где имеются предпосылки масштабных преобразований экономического и социального плана (табл. 88).

**Центральная зона (центр г. Комсомольск-на-Амуре)
(Совгаванский, Ванинский, Верхнебуреинский, Солнечный,
Амурский, Комсомольский районы)**

Численность населения	523 844 в 2010 г. (617,8 тыс. в 2003 г.)
Площадь	322,2 тыс. км ²
Плотность населения	0,5 человека на 1 км ²
Число коек	4 090
Число врачей (физических лиц)	1 509 в 2010 г. (1 611 в 2003 г.)

Эта зона не относится к районам глубокого (крайнего) Севера, но ее принадлежность к ближнему Северу несомненна.

Внутризональные транспортные связи:

- ❖ *автотранспорт является ведущим, охватывающим всю зону;*
- ❖ *железнодорожный – альтернативный, охватывающим всю зону;*
- ❖ *водный – альтернативный, сезонный, охватывающий часть зоны (4 района).*

Центральная зона относится к среднеурбанизированным территориям с суровыми климатическими условиями, развитой промышленностью, круглогодичными транспортными связями. Имеет достаточно развитую социальную инфраструктуру, в том числе и учреждений здравоохранения. Здесь накоплен значительный опыт осуществления жизнедеятельности в экстремальных природно-климатических условиях; есть производственный и научный потенциал, который характеризуется высоким уровнем развития; население здесь вполне постоянное, а не исключительно временное, как на традиционном Крайнем Севере.

В этой зоне сохраняются тенденции миграционного оттока населения, хотя его интенсивность ниже, чем в северной зоне. С 2003 года население Центральной зоны Хабаровского края сократилось на 94,1 тыс. человек, т.е. на 17,96 %, число врачей уменьшилось на 102 физических лица, т.е. на 6,33 %, средний возраст более чем трети врачей достиг пенсионного и более 25 % – врачей предпенсионного возраста. Показатели здоровья населения в этой зоне относительно стабильные, но уровень смертности населения превышает уровень рождаемости.

На базе этой территории, прежде всего на основе населенных пунктов: гг. Комсомольска-на-Амуре, Амурска и пос. Солнечного, разработана и реализуется инновационная программа «Техноэкополис Комсомольск—Амурск—Солнечный», вошедшая в качестве самостоятельного раздела в Федеральную целевую программу экономического и социального развития Дальнего Востока и Забайкалья на 2010–2025 годы, .

Южная зона. С юга к Центральной зоне примыкает наиболее населенная и урбанизированная часть Хабаровского края, где, как и в большинстве субъек-

тов РФ ДФО расположена региональная столица и концентрируется наибольшее число жителей (табл. 89).

Таблица 89

**Южная зона (центр г. Хабаровск)
(им. Лазо, Бикинский, Хабаровский, Нанайский
и Вяземский районы)**

Численность населения	749,9 тыс. человек (839,1 тыс. в 2003 г.)
Площадь	96,6 тыс. км ²
Плотность населения	8,8 человек на 1 км ²
Число коек	3 314
Число врачей (физических лиц)	2340 в 2010 г. (2746 в 2003 г.)

Внутризональные транспортные связи:

- ❖ *автотранспорт является ведущим, охватывающим полностью всю зону;*
- ❖ *железнодорожный – альтернативным, охватывающим часть зоны (3 района);*
- ❖ *водный – альтернативным, сезонным. охватывающим часть зоны (2 района).*

Южная зона с центром в г. Хабаровске относится к высокоурбанизированным территориям с более мягким климатом, чем в северной и центральной зонах, развитой промышленностью, региональными транспортными связями, с высокой концентрацией образовательных, научных и специализированных учреждений отрасли здравоохранения. В южной зоне края наиболее высокая концентрация населения.

В этой зоне сохраняются тенденции миграционного оттока населения, хотя его интенсивность ниже, чем в северной и центральной зонах. С 2003-го года население Южной зоны Хабаровского края сократилось на 89,2 тыс. человек, т. е. на 9,79 %, число врачей уменьшилось на 406 физических лиц, т. е. на 14,8 %, средний возраст около 25 % врачей достиг пенсионного и более 15 % – врачей предпенсионного возраста. Показатели здоровья населения в этой зоне относительно стабильные, но уровень смертности населения превышает уровень рождаемости.

Тенденции потерь населения по всем трем зонам сохраняются в течение 2003–2010 гг., хотя интенсивность потерь снижается по мере продвижения на юг территории (от 30,91 % до 9,79 %). Что же относительно потерь врачебных кадров (физических лиц), то в данной ситуации следует отметить, что, если кадровые потери в Северной и Центральной зонах связаны с миграционным оттоком врачей (соответственно 15,54 % и 6,33 %), то в Южной зоне миграционный отток дополняется перемещением врачей из муниципальных ЛПУ в региональные в связи со значительным ростом коечного фонда последних, параллельно с ростом числа вакансий в них за период с 2003 по 2010 гг.

Параллельно в последние десятилетия формируется тенденции структурных диспропорций и перераспределения врачебных кадров из муниципальных ЛПУ в региональные. Причем эта тенденция характерна для всех без исключения субъектов РФ ДФО.

Например, в типичном для Дальневосточного региона Хабаровском крае в 2000 году общее число штатных должностей врачей составило 9 038, из них занятых должностей – 8 784, а физических лиц – 6 024, т. е. 68,58 % от числа штатных. К 2010-му году в ЛПУ системы здравоохранения края общее число штатных должностей врачей увеличилось до 10 124, из них было занято 9 341 должность, а число физических лиц составило всего 5 750, т. е. 56,79 % от числа штатных. Параллельно в регионе произошло и перераспределение кадров врачей между ЛПУ муниципального и регионального уровня. Так в 2000-м году из общего числа (6 024) физических лиц врачей Хабаровского края, в краевых ЛПУ работало 1 328, что составило 20,04 %, а к 2010 году это соотношение составило 5 750 к 1 373, что составило уже 23,87 % от физических лиц врачей работающих в регионе.

На примере Хабаровского края, как типичной территории региона, к 2010-му году число физических лиц участковых врачей педиатров выросло. В то же время, исходя из расчета числа должностей участковых врачей педиатров на 800 детей в возрасте 0-17 лет включительно число штатных должностей несколько завышено, а уровень укомплектованности штатных должностей физическими лицами в целом по краю составляет всего 89,28 % (табл. 90).

Таблица 90

Уровень соотношения численности детского населения, штатных и занятых должностей, физических лиц участковых врачей педиатров (Хабаровский край, 01.01.2010 г.)

Территория	Детское население (0-17 лет)	Штатные должности	Занятые должности	Физические лица	Соотношение штатных должностей и физических лиц (%)	Расчетные показатели на 800 детей
Хабаровский край	257 078	338,25	325,02	302,00	89,28	321,34
г. Хабаровск	95 923	142,01	135,71	129,00	90,84	119,90
г. Комсомольск-на-Амуре	47 504	60,25	60,25	57,00	94,61	59,38
Прочие муниципальные образования края	113 651	136,00	129,05	116,00	85,29	142,06

Рассматривая проблему обеспечения участковыми врачами терапевтами территориальных поликлиник в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здравоохранение» в Хабаровском крае следует отметить, что к 2010-му году число физических лиц участковых врачей терапевтов несколько

выросло. Однако, исходя из расчета числа должностей участковых врачей терапевтов на 1 700 лиц старше 18 лет число штатных должностей занижено, а уровень укомплектованности штатных должностей физическими лицами в целом по краю составляет всего 89,28 % (табл. 91).

Что же относительно планирования числа штатных должностей участковых терапевтов, то наши расчеты не совпали с реальными штатами по Хабаровску и Комсомольску-на-Амуре. В самых крупных городах края имеется превышение штатных должностей участковых терапевтов. Значительное расхождение расчетных данных в прочих муниципальных образованиях с числом штатных должностей участковых врачей терапевтов (183,0 и 257,25) обусловлено тем, что в значительной части сельских муниципальных образований население обеспечивается ПМСП на доврачебном уровне (ФАПы).

Таблица 91

Уровень соотношения численности населения старше 17-ти лет, штатных и занятых должностей, физических лиц участковых врачей терапевтов (Хабаровский край, 01.01.2010 г.)

Территория	Население в возрасте 18 лет и старше	Штатные должности	Занятые должности	Физические лица	Соотношение штатных должностей и физических лиц (%)	Расчетные показатели на 1 700 лиц старше 18-ти лет
Хабаровский край	1 144 037	582,75	536,00	435,0	76,4	672,96
г. Хабаровск	483 245	275,75	242,50	208,0	75,43	284,26
г. Комсомольск-на-Амуре	223 458	124,00	124,00	76,0	61,29	131,44
Прочие муниципальные образования края	434 334	183,00	170,5	151,0	82,51	257,25

Параллельно подвергаются сокращению штатные расписания, как ЛПУ в целом, так и преимущественно лечебных подразделений, где производятся виды и объемы медицинской помощи и формируются счета на оплату произведенных медицинских услуг. В то же время наблюдается рост управленческого аппарата систем здравоохранения и ЛПУ как регионального, так и муниципального уровня.

Краевая программа «Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011–2012 годы» представляет собой комплекс социально-экономических, организационных и других мероприятий, увязанных по ресурсам, исполнителям, срокам реализации и направленных на модернизацию здравоохранения в Хабаровском крае. Программа разработана в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Хабаровского края, регулиющими вопросы охраны здоровья граждан и обсуждена на публичных слушаниях в

Законодательной Думе Хабаровского края. В рамках программы планируется дальнейшее реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения края, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории. В частности, в рамках исполнения программы модернизации планируется реорганизация 9 сельских участковых больниц во врачебные амбулатории.⁷²

По мнению исполнителей программы «Перечисленные мероприятия позволяют структурировать сеть и оптимизировать оказание первичной медико-санитарной помощи населению». Аналогичные программные меры прописаны в большинстве планов модернизации региональных систем здравоохранения ДФО, что вызывают сложные ответные реакции у дальневосточников, поскольку в течение длительного времени населенные пункты, где дислоцируются до сих пор еще не закрытые участковые больницы, находятся за пределами устойчивой транспортной доступности. Подобная «модернизация» резко снизит доступность, качество и безопасность медицинской помощи жителям отдаленных северных и сельских районов региона.

Некоторые региональные подходы к оптимизации профессионально-квалификационной структуры персонала ЛПУ. В России вопросы оптимизации профессионально-квалификационной структуры главным образом касаются усиления роли врачей общей практики, работающих на первичном уровне, или обеспечения оптимальной сбалансированности функций ВОП и врачей-специалистов, работающих в стационарах. Хотя необходимость привлечения врачей к работе в первичном звене здравоохранения и в изменении профессионально-квалификационной структуры в пользу ВОП была провозглашена на всех уровнях аппарата управления здравоохранением, усилия в этом направлении не имели необходимой поддержки со стороны руководителей здравоохранения высшего звена. Кроме того, существующая структура здравоохранения затрудняет проведение таких преобразований. Ввиду вышеуказанного, работа по реструктуризации проводится скорее через реорганизацию ЛПУ, чем за счет изменения ролей различных категорий медперсонала.

Следует отметить, что пути оптимизации профессионально-квалификационной структуры персонала ЛПУ направлены в большей мере на расширение роли среднего медицинского персонала – медицинских сестер и фельдшеров. И действительно роль последних во всех развитых странах в последние годы существенно возросла. Фактически они ведут первичный прием пациентов в амбулаторных условиях, осуществляют массовую и индивидуальную профилактическую работу на дому, проводят вакцинацию, выполняют вызовы на дом и т. п. Только в случае необходимости эти специалисты приглашают врача к пациенту, ведут группы (школы) здоровых пациентов и группы па-

⁷² Пояснительная записка к проекту краевой программы «Модернизация здравоохранения Хабаровского края на 2011–2012 годы» Размещена на сайте Минздрава Хабаровского края для обсуждения в марте 2011 г. (прим авторов).

циентов, страдающих диабетом, артериальной гипертензией, остеохондрозом, бронхиальной астмой, различными зависимостями и т. п. Специализированные школы готовят пациентов жить с наличием хронической болезни, организуют работу по восстановлению здоровья и трудоспособности.

Очень многое в профилактической и лечебной помощи в современном мире зависит от среднего медицинского персонала. Данные прогресса в расширении и замещении функций медсестер в Германии, Греции, Ирландии, Нидерландах, Словакии, Соединенном Королевстве и Швеции обобщаются ниже.⁷³

- Соединенное Королевство является единственной страной, сообщающей о том, что оно в настоящее время существенно повысило роль медсестер в практике оказания медицинской помощи, в частности, предоставив им полномочия назначать лекарственные средства.
- Греция, Ирландия, Нидерланды и Словакия сообщают о том, что в настоящее время в этих странах проводятся соответствующие пилотные проекты или рассматривается вопрос об их проведении.
- Германия планирует уделять больше внимания вопросам междисциплинарного сотрудничества.
- В Швеции ведется работа по повышению компетентности медсестер в таких областях, как анестезиология и оказание помощи больным диабетом и астмой; сведений о проведении в этой стране каких-либо инициатив по замещению функций не имеется.

Следует отметить, что в различных странах мира оптимальная профессионально-квалификационная структура определяется по-разному, и в зависимости от конкретных условий соответствующие инициативы реализовывались различными путями. Иногда инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры основывались на потребности или желании изменить профессиональные роли традиционных медицинских профессий или внедрить новые профессиональные роли. В других местах в основе этих инициатив лежала потребность или желание использовать новые стратегические подходы к развитию систем здравоохранения, влекущие за собой необходимость изменения существующих профессиональных ролей.

Среди пяти европейских стран с различными видами систем здравоохранения и социальной защиты (Германия, Испания, Российская Федерация, Соединенное Королевство, Финляндия) наиболее широкое развитие такие инициативы получили в Соединенном Королевстве, за которым следует Финляндия; в Германии, Испании и Российской Федерации прогресс в этой области был значительно меньше. Благодаря разработке и внедрению в Соединенном Королевстве модели высококвалифицированных медсестер накоплен полезный опыт, который может быть использован системами здравоохранения других стран.

⁷³ Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper No. 17; <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>, accessed 23 April 2008).

При значительной поддержке со стороны правительства и без значительной оппозиции со стороны врачей эта инициатива была реализована. Следует, однако, отметить, что относительный успех данной инициативы в этой стране во многом зависел от способствующих контекстуальных факторов. Эти факторы влияют на осуществление инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры и включают степень чувствительности в отношении существующих профессиональных ролей, характера потребностей системы здравоохранения, а также наличие поддержки со стороны правительства и соответствующих профессиональных ассоциаций. Инструменты политики оптимизации профессионально-квалификационной структуры отрасли здравоохранения должны сформировать изменения по следующим направлениям:

- изменить существующие или внедрить новые профессиональные роли с помощью различных организационных и нормативных мер;
- обеспечить поддержку выполнению новых или расширенных профессиональных ролей через коллективное финансирование и изменение финансовых стимулов;
- создать образовательную базу (компетентность и потенциал), необходимую для выполнения новых и расширенных профессиональных ролей.

Предложения относительно новых профессиональных ролей и инновации в этой области относятся к тем инициативам по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, которые связаны с созданием новых профессиональных ролей. В частности, это касается врачей общей практики и практикующих медсестер, а также различных профессиональных вариантов этих профессий.⁷⁴ В России из-за нехватки врачей общей практики особенно острой в сельской местности, почти 10 % среднего медицинского персонала являются фельдшерами. Использование новых профессиональных ролей в ПМСП сельской местности не является уникальным процессом.

На пути к оптимизации профессионально-квалификационной структуры сельского здравоохранения. Для решения проблемы дефицита врачей в сельской местности во многих экономически развитых странах были созданы новые профессиональные категории персонала, такие как практикующие медсестры в ряде стран и помощники врачей в Соединенных Штатах Америки. Интерес к помощникам врачей дошел до Соединенного Королевства⁷⁵, и ряд подготовленных в США помощников врачей были взяты на работу в некоторых звеньях национальной службы здравоохранения.⁷⁶

Децентрализация в своей основе должна нести положительные моменты в виде возможности осуществлять планирование непосредственно на местах оказания медицинской помощи, гибко реагировать на изменения медико-

⁷⁴ Sibbald B., Shen J., McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce, *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9 (Suppl. 1):28–29.

⁷⁵ Hutchinson L., Marks T., Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *British Medical Journal*, 2001, 323:1244–1247.

⁷⁶ Parle J.V., Ross N.M., Doe W.F. The medical care practitioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. *Medical Journal of Australia*, 2006, 185(1):13–17.

демографической и социально-экономической ситуации, более эффективно использовать ресурсы и т. д. Однако эти преимущества дают положительный эффект при наличии ряда условий, одним из которых являются единые «правила игры» – нормативно-правовое обеспечение работы отрасли и ее построение на основе системного подхода. К сожалению, система здравоохранения Дальневосточного федерального округа и сегодня продолжает работать на основе несовершенных законодательных актов федерального уровня, а региональное нормотворчество, которое могло бы учитывать условия региона, пока еще находится в периоде своего становления, планы модернизации отрасли медленно реагируют на вызовы времени. Особенности региона в виде сложных климато-географических условий, неудовлетворительных транспортных связей, отсталости экономики и социальной сферы отрицательно сказываются на уровне и качестве организации медицинской помощи населению. Наибольшее число проблем концентрируется в отдаленных северных муниципальных образованиях и сельской местности. Развитие в последние годы медицинских технологий, требующих высокой квалификации персонала и больших затрат, еще более отдалило высокоспециализированные виды помощи от сельского населения (Блохин А.Б., 1992).

Вместе с тем, при разработке тактических мероприятий и планов на местах необходимо отдавать себе отчет в том, что при наличии многочисленных особенностей в субъектах РФ ДФО построение единой модели организации первичной медико-санитарной помощи на селе нецелесообразно и невозможно. Еще более невероятным нам представляется жизнеспособность «западных» моделей ОВП ввиду целого ряда причин, в первую очередь разных уровней ресурсного (прежде всего финансового) их обеспечения и инерционности традиционной модели организации отечественного здравоохранения. Кроме того, не стоит недооценивать и ментальность населения Дальнего Востока, привыкшего к определенным механизмам получения медицинской помощи. Построение моделей организации ПМСП должно было базироваться на исторически сложившихся особенностях территории (модель расселения, инфраструктура, географическое и социально-экономическое положение и т. д.).

К сожалению, и сегодня не преодолена «стационарная» (лечебная – в ущерб профилактической) направленность всего процесса подготовки студентов медицинских вузов и колледжей. Принципы оказания медицинской помощи в первую очередь в стационаре, заложенные в медицинское мировоззрение значительной массы преподавателей учебных заведений, продолжают тиражироваться на следующие поколения студентов, врачей и средних медицинских работников. В дальнейшем из этого слоя персонала ЛПУ «рекрутируются» и руководители (организаторы) здравоохранения разного уровня и работники системы ОМС, определяющие стратегию развития отрасли. И хотя имеется общее понимание необходимости смещения акцентов организации медицинской помощи в сторону первичной медико-санитарной, на практике на ее полноценное функционирование, как правило, всегда недостает ресурсов. Любая реформа

требует затрат зачастую больших, чем поддержание традиционно сложившейся системы, «выигрыш» в тактике (практически отсутствующий сегодня) обернется серьезным стратегическим «проигрышем». И некоторые элементы этого мы уже наблюдаем.

За последние 10-15 лет радикально изменился целый ряд базовых параметров, характеризующих как медико-демографические и популяционные особенности проживающего населения региона, так и систему здравоохранения региона. Идет процесс реорганизации инфраструктуры (к сожалению, не всегда управляемый), изменились принципы управления отраслью, параметры и принципы финансирования, ценообразования, материально-технического и кадрового обеспечения и т. д. Кроме того, этот процесс протекает неоднородно на разных территориях ДФО, с разной степенью интенсивности.

Построение современной структуры организации сельских врачебных участков на основе технологии ОВП требует стандартизации всех аспектов их деятельности: строительства и оснащения амбулаторных центров, организацию работы общей врачебной и групповой врачебной практик, разработку стандартов технологий и результатов работы врача ОВП и т. д. Рассматривать подобную структуру сегодня целесообразно и с точки зрения ограниченных ресурсов: оснащение офиса врача ОВП, основанное на стандартах зарубежных стран, сегодня в России вряд ли возможно.

Таким образом, при сохранении принципа этапности медицинской помощи населению на основе сложившегося деления на зоны с учетом уровня развития медицинской инфраструктуры зон, необходимо провести типизацию районов под формирование той или иной модели ПМСП. Типизация должна сопровождаться разработкой стандартизованных региональных критериев (маркеров), позволяющих планировать организацию той или иной модели первичной медико-санитарной помощи и соответствующих изменений в профессионально-квалификационной структуре отрасли здравоохранения.

Анализ результатов научных исследований и социологических опросов населения по проблемам обеспечения доступности, качества, и безопасности медицинской помощи в субъектах РФ ДФО в очередной раз за последние десятилетия убеждает нас в том, что качество производимых медицинских услуг тесно связано с проблемами профессионально-квалификационной структуры медицинского персонала ЛПУ. Причем по нашим данным ведущей причиной низкого качества медицинской помощи Дальневосточников следует назвать несоответствие принятым в РФ стандартам обеспечения кадровыми ресурсами большинства ЛПУ региона. Это несоответствие не позволяет внедрять современные организационные и медицинские технологии, с помощью которых можно было бы планировать достижения приемлемого уровня результатов функционирования отрасли.

Результаты социологических опросов населения ДФО концентрируются на проблеме снижения доступности медицинской помощи за счет дефицита медицинского персонала в ЛПУ ПМСП, особенно врачей и недостаточным уров-

нем их квалификации. Решение этой проблемы должно рассматриваться в первую очередь с точки зрения снижения уровня кадрового дефицита, который сформировался в ЛПУ отдаленных северных и сельских поселений, а затем и в плоскости оптимизации «профессионально-квалификационной структуры» региональной системы здравоохранения. ЛПУ.

В этой связи следует отметить, что, наверное, нигде в стране нет такой громоздкой, неуклюжей, затратной системы здравоохранения, как на Дальнем Востоке России. И ни в одной стране мира нет стольких контролирующих деятельность медицинских учреждений государственных надзорных органов, которые проводят тысячи экспертиз и аудиторских проверок. Они продолжают «выдавать» разрешительные документы на соответствие госстандартам ЛПУ, не имеющим канализации, горячего и холодного водоснабжения, находящихся в аварийном состоянии и не обеспеченных кадрами необходимого уровня подготовки. Работа этих надзорных органов пока положительно не сказалась на здоровье Дальневосточников.

Судя по складывающейся ситуации, для многих Дальневосточников первичная врачебная помощь становится все менее доступной и постепенно замещается медицинской помощью доврачебного уровня. Сегодняшнее общество является свидетелем «структурной модернизации» (уничтожения) сельского здравоохранения региона, когда повсеместно под различными предложениями или ликвидируются «неэффективно» функционирующие сельские участковые больницы и врачебные амбулатории – жесткий вариант модернизации. Или центральный районные больницы превращаются в «региональные центры специализированной медицинской помощи населению», а участковые больницы и врачебные амбулатории трансформируются в ФАПы – мягкий вариант модернизации.

В результате такой модернизации сельское здравоохранение субъектов РФ ДФО продолжает терять остатки врачебного персонала и значительная часть т. н. «врачебных услуг» переходит к фельдшерам, фельдшер-акушеркам и медицинским сестрам, которых для выполнения этих функций не готовили. По мнению международных экспертов еще в конце прошлого века ситуацию по снижению доступности квалифицированной медицинской помощи должен был бы исправить переход значительной части отечественных ЛПУ первичного уровня на технологии врача общей практики (ВОП). Однако, если в Восточных землях ФРГ на это ушло около двух лет, в Эстонии чуть более пяти лет, то в России этот процесс, начатый в 1991-м году, так и не завершился до сих пор.

Таким образом, современная региональная система охраны здоровья дальневосточников находится в состоянии затяжного кризиса. Обостряются проблемы доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Хроническое, в течение более чем двадцати лет, неблагополучие отрасли здравоохранения перерастает в серьезную социальную проблему.

Возможно, что внедряемые в практику отечественного здравоохранения

заимствованные из разных исторических периодов экономически развитых стран технологии организации медицинской помощи населению найдут свое место и будут успешно реализованы. Но, реформируя отрасль здравоохранения Дальнего Востока России, нельзя не учитывать ее особенностей, определяемых логикой развития всей системы производственных отношений в условиях рыночной экономики. К ним следует отнести:

- ✓ *исторические, климатические и географические условия существования субъектов РФ ДФО, требующие большей, чем в экономически развитых странах централизации ресурсов;*
- ✓ *отсутствие традиций частной собственности и в здравоохранении;*
- ✓ *отсутствие исторического опыта построения частных практик и устойчивая потребность дальневосточников в общественном секторе здравоохранения;*
- ✓ *сохраняющаяся монопольная структура сети лечебных учреждений.*

Важнейшее условие эффективности реформ – создание конкурентной среды в сфере производства медицинских услуг при сохранении базовых государственных гарантий. Именно с точки зрения особенностей отечественной системы здравоохранения следует рассматривать продолжающиеся без позитивных результатов многолетние реформы, поскольку последние не опираются на поддержку широких слоев медицинских работников и населения.

Многие годы в первичном звене регионального здравоохранения ощущается острая нехватка кадров, в том числе и из-за непривлекательности работы в амбулаторных условиях для выпускников медицинских вузов и колледжей. Нехватка участковых врачей (физических лиц) и значительного числа среднего медицинского персонала в ЛПУ уже привела к серьезному кризису. Врачам постоянно приходится выполнять ту работу, которая традиционно предназначалась для медсестер. Вследствие нехватки медицинских сестер/санитарок и другого вспомогательного персонала медсестры вынуждены выполнять работы по уборке помещений и другие виды неквалифицированных работ. Дефицит врачей, занятых в сфере первичного здравоохранения, приводит к излишней специализации медицинской помощи и ее несвоевременному оказанию. Предотвращение болезней, особенно неинфекционных, почти не осуществляется, и практически нет обученного персонала и учреждений, которые бы занимались профилактикой. Другие действия направленные на улучшения здоровья населения так же не выполняются или выполняются плохо.

Неоднозначным и весьма спорным, с точки зрения многих практикующих врачей, является один из главных тезисов реформ – повсеместное внедрение технологии врача общей (семейной) практики и перевод значительной части медицинских услуг из стационарного в амбулаторный сектор. И, наконец, следует указать на одну из основных проблем, связанных с управлением кадровыми ресурсами отрасли, – сохраняющийся дисбаланс соотношения узких специалистов, врачей, работающих в стационарах, и медицинских работников, за-

нятых в сфере первичного медицинского обслуживания, а также низкий уровень соотношения должностей медсестер к врачебным должностям.

В рыночных условиях, когда в основе любой деятельности лежит получение максимальной прибыли, очень легко скатиться к формированию искаженной морали в профессиональной врачебной среде, что отражается на снижении уровня самоконтроля, грубость и агрессию некоторых врачей. Другим деструктивным процессом является деинтеллектуализация, который превращает врача в ремесленника, неспособного к самообразованию. И, наконец, этический нигилизм некоторых врачей, сопровождающийся отрицанием общепринятых норм поведения, фетишизацией превосходства собственной воли над волей пациента.

Модернизация медицинского образования должна быть направлены не на кардинальное изменение системы высшего медицинского образования по образцу, например, США, Франции или Голландии, а на изучение их опыта довузовской подготовки с целью повышения общеобразовательного уровня лиц, поступающих в медицинские вузы, сближения с Европейской концепцией образования. Система медицинского образования на Дальнем Востоке России требует не революционных преобразований, а эволюционных движений в виде вложения дополнительных средств в материальное оснащение медицинских вузов, внедрение современных технологий производства образовательных услуг и создание университетских клиник, как необходимый атрибут формирования образовательного стандарта.

Заключение

Идеальной модели регионального здравоохранения не существует, да и существовать в действительности не может. Любую систему здравоохранения необходимо рассматривать в непосредственной связи с особенностями социально-экономического развития территории. Достоинства и недостатки каждой конкретной модели определяются комбинацией различных факторов и причинно-следственных связей. Выбор стратегии реформ здравоохранения субъектов РФ ДФО не является застывшим процессом, поскольку как в России, так и в глобальном мире идут постоянные изменения экономики и общественного развития.

Характерной чертой экономической политики в странах с рыночной экономикой была минимизация роли государства, в том числе и в формировании системы охраны здоровья населения. Однако сегодня становится ясным то, что реформирование здравоохранения России в условиях переходного периода, который обладает затяжным характером и сложной природой, требует повышения ответственности государства. Причем повышение его ответственности должно касаться в первую очередь тех областей, где рыночные механизмы не могут обеспечить эффективного размещения ресурсов, и где доступ к основным, наиболее важным благам и условиям жизни граждан становится несправедливым.

В этой связи, использование рыночных механизмов в здравоохранении связано с определенными противоречиями. С одной стороны, здравоохранение рассматривается в качестве общественного блага, когда предоставление медицинских услуг каждому человеку имеет большое значение и для общества в целом. С другой стороны, рыночные стимулы основаны на допущении, что каждая услуга является товаром, который продается на открытом рынке. Представление о том, что рыночные механизмы всегда обеспечивают лучшие результаты, чем государственное планирование, также может оказаться привлекательным только для тех, кто не учитывает социальные последствия рыночных реформ.

Сегодня медицинское сообщество Дальнего Востока России с определенной долей осторожности глядит в будущее, его смущает позиция разработчиков стратегии реформирования отрасли здравоохранения до 2020-го года, их непоколебимая уверенность в достижении конечного результата реформ. По нашему мнению основные положения «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.» не учитывают реального состояния экономики и систем охраны здоровья населения Российских провинций, особенно таких, как Сибирь и Дальний Восток. Мы понимаем, что региональные модели здравоохранения должны соответствовать вызовам рынка, но смущает стремление разработчиков стратегии к упрощению (примитивизму) системы охраны здоровья населения России. Остается только сожалеть о том, что авторы стратегии не приняли во внимание неоднородность субъектов РФ и не предложили моделей вариативности реформ для различных регионов государства.

Но ведь именно сегодня, на этой стадии развития необходим честный взгляд на все процессы, происходящие, как внутри, так и за пределами России. Нельзя не замечать того, что за последние десятилетия технологическая отсталость отечественного производства товаров и услуг в целом, а уж тем более в здравоохранении, от стран АТР увеличивается опережающими темпами. Но, если системам здравоохранения центральных регионов РФ еще как-то удастся держаться в кильватере процессов мирового развития, то системе здравоохранения ДФО, даже при значительной государственной поддержке в рамках реализации программ модернизации 2011–2012 гг., замедлить темпов деградации не удастся.

Негативный опыт, полученный дальневосточниками в течение последних двух десятилетий показывает, что рыночные механизмы привели и неизбежно приведут в будущем к сохранению условий, при которых уязвимые группы населения, особенно наименее обеспеченные, не будут иметь равного доступа к качественному медицинскому обслуживанию. Кроме того, порождаемый рынком индивидуализм уже привел к разрушению коллективной ответственности за здоровье, на которой основана легитимность социального государства. Региональные элиты все больше и больше ориентированы на получение медицинской помощи в зарубежных клиниках, а основная часть жителей региона продолжает получать медицинские услуги сомнительного уровня доступности, качества и безопасности.

В этой ситуации дальневосточники являются естественной и главной силой, которая может подвигнуть региональное здравоохранение к реформам, а общественные институты — к установлению публичного контроля над расходованием средств и доступностью медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий. Однако, вследствие особенностей «социального опыта» дальневосточников сегодня нельзя ожидать быстрой спонтанной самоорганизации населения региона. В реальных условиях необходимы систематические усилия правозащитных организаций и иных активных групп населения субъектов РФ ДФО по поддержке объединений пациентов и потребителей медицинской помощи в целом. В основе этой кропотливой работы должны лежать принципы взаимоотношений пациента и врача, построенные на гармоничном сочетании регулируемого рынка медицинских услуг и качеств, которые должны быть присущи каждому, кто намерен посвятить свою жизнь медицине: гуманность, чуткость, сострадание, самопожертвование и доброта.

Литература

1. Авилов О.В. Возможные перспективы развития добровольного медицинского страхования / О.В. Авилов // Страхование дело. – 2008. – № 5. – С. 25–27.
2. Азиатско-Тихоокеанский регион: региональные проблемы, международные организации и экономические группировки : справочник. – М.: Восток – Запад, 2010. – 320 с.
3. Айзинова И.М. Платные услуги: дифференциация территории или территория дифференциации? / И.М. Айзинова // Проблемы прогнозирования. – 2000. – № 5. – С. 20.
4. Акопян А.С. Организационно–правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения / А.С. Акопян // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 5–6.
5. Акопян А.С. Проблема модернизации здравоохранения 2020 и фазы институциональной трансформации сети государственных учреждений / А.С. Акопян // Качественная клиническая практика. – 2010. – № 1. – С. 2–10.
6. Алексеев В.А. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В.А. Алексеев, Ф.Е. Вартамян, И.С. Шурандина // Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 57–67.
7. Алексеев В.А. Особенности здравоохранения Японии / В.А. Алексеев, К.Н. Борисов, С.В. Рожецкая // Международное здравоохранение. – 2011. – Том 2.
8. Алексеев В.В. Азиатская Россия в геополитической и цивилизационной динамике. XVI–XX века / В.В. Алексеев, Е.В. Алексеева, К.В. Зубков, И.В. Побережников. – М.: Наука, 2004. – С. 151.
9. Бабко Н.В., Ореховский П.А. Реформы здравоохранения в постсоветской России: прошлое и будущее / Н.В. Бабко, П.А. Ореховский // Общество и экономика. – 2005. – № 6. – С. 21–22.
10. Бергер Я. Большая стратегия Китая в оценках американских и китайских исследователей / Я. Бергер // Проблемы Дальнего Востока. – 2006. – № 1.
11. Бергстен Ф. Китай. Что следует знать о новой сверхдержаве / Ф. Бергстен, Б. Гилл, Н. Ларди, Д. Митчелл – М.: Институт комплексных стратегических исследований. – 2007. – 256 с.
12. Бирюлин Е. 11-й пятилетний план охраны окружающей среды и тенденции энергопотребления в Китае / Е. Бирюлин // Проблемы Дальнего Востока. – 2009. – № 4. – С. 112–120.
13. Браун–Грачева Ю.В. Медицинское страхование в США. Идти ли России путем, ведущим в тупик? / Ю.В. Браун–Грачева // Страхование дело. – 2009. – № 6. – С. 37–43.
14. Быстрицкий С.П., Заусаев В.К. Россия – Северо-Восточная Азия. Дальневосточный экономический мост на рубеже эпох / С.П. Быстрицкий, В.К. Заусаев. – М.: ИЭПП, 2007. – 297 с.

15. Ващук А.С. Миграционная ситуация на российском Дальнем Востоке в начале XXI в.: новый век, старые проблемы / А.С. Ващук // Таможенная политика России на Дальнем Востоке. – 2009. – № 2. – С. 69–70.
16. Виленский А.В., Федосеев В.Н. Рынок медицинской техники и здравоохранительных услуг / А.В. Виленский, В.Н. Федосеев // Маркетинг в России и за рубежом. – 2001. – № 3(23). – С. 67.
17. Воробьева Е. Страховые взносы в Фонд обязательного медицинского страхования / Е. Воробьева // Экономика и жизнь. – 2008. – Янв. (№ 4). – С. 23.
18. Воскресенский А.Д. «Большая Восточная Азия»: энергетические аспекты / А.Д. Воскресенский // Энергетические измерения международных отношений и безопасности в Восточной Азии. – М.: МГИМО, 2007. – С. 43.
19. Выступление министра иностранных дел России С.В. Лаврова на заседании Делового консультативного совета форума «Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество». Москва, 12 мая 2008 года // Бюллетень Департамента информации и печати МИД РФ. – М., 15.05.2008. – С. 1.
20. Выступление министра иностранных дел России С.В.Лаврова на совещании «Восток России и интеграция в Азиатско-Тихоокеанском регионе: вызовы и возможности». Москва, 3 июля 2009 года // http://www.mid.ru/brp_4.nsf/2fee282eb6df40e643256999005e6e8c/12618fed035301f8c32575e8003ebd1a?OpenDocument.
21. Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика / А.И. Вялков. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2003. – 528 с.
22. Гаголина М. О реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» / М. Гаголина // Страховое дело. – 2006. – № 8. – С. 20–24.
23. Галенович Ю.М. О чем пишут авторы сборника «Китай недоволен» / Ю.М. Галенович. – М.: ИДВ РАН, 2009.
24. Гебель В.А. Организационные аспекты системы управления материально–техническими ресурсами здравоохранения : автореф. дис. канд. мед. наук / В.А. Гебель. – Кемерово, 2006.
25. Гельбрас В. Китайская миграция и китайские землячества в России / В. Гельбрас // Мир в зеркале международной миграции. Научная серия «Международная миграция населения: Россия и современный мир». Гл. ред. В.А. Ионцев. – М.: МАКС–Пресс, 2002. – С. 20–37.
26. Гельбрас В. Китайский фактор внутренней и внешней политики России / В. Гельбрас / Перспективы Дальневосточного региона: межстрановые взаимодействия; Под ред. Г. Витковской и Д. Тренина; Моск. Центр Карнеги. – М.: Гендальф, 1999.
27. Гельбрас В.Г. Китайская реальность России / В.Г. Гельбрас. – М.: ИД «Муравей», 2001.
28. Голикова Т.А. Доклад на расширенной коллегии Минздравсоцразвития РФ / Т.А. Голикова. – 16.03.2012.

29. Голикова Т.А. Модернизация системы здравоохранения Российской Федерации. – Доклад на коллегии Минздравсоцразвития / Т.А. Голикова. – 08 ноября 2010.
30. Голикова Т.А. Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2009 году и задачах на 2010 год / Т.А. Голикова. – 26.03.2010.
31. Горшков Д.А. Административная реформа в сфере здравоохранения: Проблемы и противоречия / Д.А. Горшков // Государственная служба. – 2005. – № 4. – С. 72–79.
32. Дальневосточный федеральный округ. 2010: Статистический сборник / Хабаровскстат – г. Хабаровск, 2011. – 167 с.
33. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Совместная работа на благо здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, по состоянию на 15 июня 2007 г.).
34. Донин В.М. Развитие конкуренции в экономике российского здравоохранения / В.М. Донин, О.П. Маркова, Ю.В. Лунин // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 4.
35. Дрошнев В.В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность / В.В. Дрошнев // Страховое дело. – 2008. – № 2. – С. 57–64.
36. Друкер П. Новые реальности / П. Друкер. – М., 1994. – С. 217.
37. Дьяченко В.Г. Архимедова точка опоры / В.Г. Дьяченко // Главврач. – 2004. – № 4. – С. 66–69.
38. Дьяченко В.Г. Время большого перепутья. В кн. Здравоохранение Дальневосточного федерального округа (справочно-информационное издание) / В.Г. Дьяченко. – Хабаровск : Гр-па компаний «Платина». – 2007. – С. 14–23.
39. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине / В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2007. – 490 с.
40. Дьяченко В.Г. с соавт. Здравоохранение Колымы / В.Г. Дьяченко. – Магадан: Изд. «Кордис», 2004. – 395 с.
41. Дьяченко В.Г., Горлач О.А. Здравоохранение Техноэкополиса Комсомольск–Амурск–Солнечный. Настоящее и будущее / В.Г. Дьяченко, О.А. Горлач. – Комсомольск-на-Амуре: Изд. центр «КНААПО», 2003. – 494 с.
42. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. Итоги научно-исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения Дальнего Востока России / В.Г. Дьяченко, Н.А. Капитоненко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 1. – С. 4–7.
43. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. / Под ред. проф. В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд. ГОУ ВПО ДВГМУ, 2012. – 408 с.

44. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Состояние здоровья пришлого и коренного населения Хабаровского края и организация медицинской помощи в условиях социальных, политических и экономических реформ 90-х годов / В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев / В кн. Состояние здоровья коренных народов Приамурья. – Хабаровск, 1998. – С. 19–77.

45. Дьяченко В.Г. Модернизация здравоохранения Дальнего Востока России / В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев, Е.Ю. Руссу // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 4. – С. 16–18.

46. Дьяченко В.Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ / В.Г. Дьяченко, В.О. Щепин, Н.А. Капитоненко. – Владивосток: Дальпресс, 2000. – 309 с.

47. Европейская обсерватория. «Основы политики. Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной помощи в восьми странах». 03.12.2009. <http://www.euro.who.int/document/e89259r.pdf>.

48. Елкин Е. Угрозы и вызовы безопасности России / Е. Елкин // Военно-промышленный курьер. – 2004. – № 6. – С. 1.

49. Заславская Т.И. Человеческий фактор в трансформации российского общества / Т.И. Заславская. – 2005. Web site: <http://www.polit.ru/lectures/2005/10/13/zaslavskaya>.

50. Заусаев В.К. Инновационный потенциал восточных регионов России / В.К. Заусаев, С.П. Быстрицкий, Н.Ю. Криворучко // ЭКО. – 2005. – № 10. – С. 40–53.

51. Заусаев В.К. Новое в демографических процессах на Дальнем Востоке / В.К. Заусаев, С.П. Быстрицкий, Е.Л. Мотрич // Человек и труд. – 2006. – № 7. – С. 65–71.

52. Заусаев В.К. Социально-экономическое развитие Дальнего Востока в условиях формирования рыночных отношений / В.К. Заусаев, М.И. Леденев, С.П. Быстрицкий. – Хабаровск, 1999. – 269 с.

53. Зурабов М.Ю. Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году / М.Ю. Зурабов. – МЗиСР РФ, 2007. – 37 с.

54. Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России / В.Н. Иванов, А.В. Суворов // Проблемы прогнозирования. – 2003. – №3. – С. 102.

55. Ивашов Л.Г. Геополитические угрозы безопасности России / Л.Г. Ивашов. – 2009. <http://www.akademiagp.ru/main/news/27-geopoliticheskie-ugrozy-bezopasnosti-rossii.html>.

56. Ишаев В.И. Экономическая реформа в регионе: тенденции развития и регулирование / В.И. Ишаев. – Владивосток: ДАЛЬНАУКА, 1998. – 180 с.

57. Кадыров Ф.Н. Проблема разграничения полномочий в вопросах оказания медицинской помощи: региональный анализ / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 7. – С.8–15.

58. Кадыров, Ф.Н., Хайруллина И.С. Аутсорсинг в здравоохранении / Кадыров, Ф.Н., Хайруллина И.С. Части 1 и 2. // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 8. – С. 58–65; № 9. – С. 62–68.

59. Кадыров, Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений / Ф.Н. Кадыров. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. – 458 с.

60. Капитоненко Н.А., Дьяченко В.Г. Итоги научно–исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения Дальнего Востока России / Н.А. Капитоненко, В.Г. Дьяченко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 1. – С. 4–7.

61. Капитоненко Н.А. Здоровье населения Дальнего Востока и пути его улучшения / Н.А. Капитоненко, В.Г. Дьяченко, С.Н. Киселев, Е.Г. Кондякова. – Владивосток: изд. «Дальпресс», 1999. – 176 с.

62. Кашин В.И. Модернизация Российской экономики с позиций ее ориентации на здоровье : IV Международная конференция «Модернизация экономики России: социальный контекст» / В.И. Кашин. – Москва, 2 – 4 апреля 2003. – С. 9.

63. Киселев С.Н. Состояние здоровья и демографические процессы населения Дальнего Востока России: автореферат дис. докт. мед. наук / С.Н. Киселев. – М., 2005. – 47 с.

64. Китай. 2007. Изд–во литературы на иностранных языках. – КНР. – Пекин, 2007. – С. 31.

65. Клименко Л.Ф., Лутовинов В.И. Проблемы безопасности и стабильности в Азиатско–Тихоокеанском регионе и их обеспечение в XXI веке / Л.Ф. Клименко, В.И. Лутовинов // <http://flot.com/publications/books/shelf/safety/6.htm>.

66. Климов Д. На пенсию в Китай / Д. Климов // <http://www.burocrats.ru/cgi-bin/main.cgi?item=1r653r070608210709>.

67. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России / Ю.М. Комаров // НПО МСЭИ и др. – М., 1998. – 146 с.

68. Комаров Ю.М. К вопросу о приемлемой оплате труда врачей в Российской Федерации / Ю.М. Комаров // Здравоохранение. – 2009. – № 6. – С. 169–176.

69. Концепция внешней политики Российской Федерации <http://www.kremlin.ru/text/docs/2008/07/204108.shtml>.

70. Концепция долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации. – М.: Министерство экономического развития РФ, 2008. – 211 с.

71. Картунов С.В. Россия в АТР: национальные интересы / С.В. Картунов. – <http://www.wpres.ru/text/200801250123.htm>.

72. Костакова Т.А., Дьяченко В.Г. Кадры отрасли здравоохранения Дальнего Востока в условиях рынка. Материалы Всероссийской научно–практической конференции «Актуальные проблемы здоровья населения и раз-

вития здравоохранения на уровне субъекта РФ / Т.А. Костакова, В.Г. Дьяченко. – Иркутск. – 2008. – С. 377–381.

73. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс / В.З. Кучеренко // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 4.

74. Кучеренко В.З. Основные направления реформирования Российского здравоохранения на современном этапе / В.З. Кучеренко, М.А. Татарников, Н.Г. Шамшурина // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 8. – С. 11–19.

75. Лакин, Г. Ф. Биометрия [Текст] : учеб. пособие для биолог. вузов / Г.Ф. Лакин. – М.: Высш. школа, 1990. – 352 с.

76. Ларин В.Л. Азиатско–Тихоокеанский регион в начале XXI века: вызовы, угрозы, шансы Тихоокеанской России. – Владивосток: ДВО РАН, 2010. – 100 с.

77. Ларин В.Л. Тихоокеанская политика России в начале XXI века / В.Л. Ларин // Свободная мысль. – 2007. – . № 2. – С. 142–154.

78. Ларин В.Л., Ларина Л.Л. Внешняя политика России, безопасность и сотрудничество в АТР в зеркале общественного мнения (по результатам опроса жителей Дальнего Востока 2010 г.) / В.Л. Ларин, Л.Л. Ларина // Россия и АТР. – 2011. – № 1. – С. 57.

79. Ларин В.Л., Ларина Л.Л. Окружающий мир глазами дальневосточников (по итогам опроса населения 2008 г.) / В.Л. Ларин, Л.Л. Ларина // Россия и АТР. – 2009. – № 1. – С. 47.

80. Леонов С.Н. «Сценарии и показатели долгосрочного социально–экономического развития Дальнего Востока». Материалы научно–практической конференции «Долгосрочная стратегия развития Российского Дальнего Востока» / С.Н. Леонов. – 4 декабря 2007 г. – г. Хабаровск.

81. Лисицын Ю.П., Акопян А. С. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении / Ю.П. Лисицын, А.С. Акопян. – М.: Новости, 1998. – 287 с.

82. Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность / Ю.П. Лисицын, А.В. Сахно. – М.: Мысль, 1988. – 272 с.

83. Лисицын Ю.П. Концепция «человеческого капитала»: медико–экономический аспект / Ю.П. Лисицын // Экономика здравоохранения – 1998. – № 2. – С. 12–18.

84. Лукин А.Л. Международные отношения в Азиатско–Тихоокеанском регионе. Теоретические подходы и концепции / А.Л. Лукин // Россия и АТР. – 2008 – № 2. – С. 45–46.

85. Львов Д.С. Путь в XXI век: стратегические проблемы и перспективы российской экономики / Львов Д.С. // Авт. кол. отд. экон. РАН. — М.: Экономика, 1999.

86. Максимов И.Л. Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы / И.Л. Максимов // Препринт, 2003 . – С. 2.

87. Максимова, Т.М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения / Т.М. Максимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 5. – С. 9–15.

88. Малевич И.А. Азиатский треугольник драконов / И.А. Малевич. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2006. – 640 с.

89. Малинецкий Г.А. Проект «Россия» Анализ проблемы в синергитическом контексте / Г.А. Малинецкий // Компьютера. Компьютерный еженедельник. 13.01.09 – № 1,2 (765–756 С. 16–19)

90. Мартынчик С.А., Филатенкова С.В. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Здравоохранение Российской Федерации / С.А. Мартынчик, С.В. Филатенкова. – 2009. – № 5.

91. Медведев Д.А. АТЭС: на пути к стабильному, безопасному и процветающему сообществу / Д.А. Медведев // <http://www.kremlin.ru/transcripts/5981>.

92. Мерков А.М. Общая теория и методика исследования / А.М. Мерков. – М.: Медицина, 1960. – 205 с.

93. Мерков А.М. Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.

94. Минакир П.А. Экономика регионов / П.А. Минакир // Дальний Восток. – М.: Изд-во «Экономика», 2006. – С. 633–634.

95. Мотрич Е.Л. Миграционные процессы и демографический потенциал Дальнего Востока России: Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы науч.-практ. конф. (6–8 апр. 2010 г.) / Е.Л. Мотрич. – М., 2010. – Вып. 2. – С. 180–190.

96. Мотрич Е.Л. О демографических процессах на Дальнем Востоке России / Е.Л. Мотрич // Особенности демографической ситуации в регионах Дальнего Востока: матер. регион, науч.-практ. конф. – Хабаровск, 2002. — С. 4–22.

97. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. / Система здравоохранения в Российской Федерации: Организационно–правовые аспекты : Учебное пособие для вузов / Н.Б. Найговзина, М.А. Ковалевский – Изд. 2-е, испр. – М: ГЭОТАР МЕД, 2004. – 464с.

98. Найговзина Н.Б. / Реформирование здравоохранения – объективная реальность / Найговзина Н.Б. // Советник бухгалтера в здравоохранении. – 2005. – № 1.

99. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» : Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 313–ФЗ // СПС «Консультант Плюс».

100. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений: федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83–ФЗ // СПС «Консультант Плюс».

101. О наделении органов местного самоуправления государственными полномочиями Хабаровского края по организации оказания медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения Хабаровского края: закон Хабаровского края от 23.11.2011 № 144 // СПС «Консультант Плюс».

102. Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации : Федеральный закон от 06 ноября 1999 № 184–ФЗ // СПС «Консультант Плюс».

103. Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации : Федеральный закон от 06 октября 2003 года № 131–ФЗ// СПС «Консультант Плюс».

104. Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 29 ноября 2010 г № 326–ФЗ// СПС «Консультант Плюс».

Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323–ФЗ // СПС «Консультант Плюс».

105. Овчаров В.К. Состояние здоровья населения и организационные проблемы здравоохранения Северных регионов страны / В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 5. – С. 6–12.

106. Овчаров В.К. Исследование социальных факторов формирования здоровья населения / В.К. Овчаров / Общественные науки и здравоохранение. Отв. ред. И. Н. Смирнов. – М.: Наука, 1987. – С. 139–151.

107. Овчаров, В.К. Методологические и организационные подходы к развитию социально – гигиенического мониторинга здоровья населения / В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 26 – 29.

108. Овчаров В.К. Региональные особенности развития и структурных перемен в здравоохранении / В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 4 – С. 39–42.

109. Овчаров В.К. Современные особенности формирования здоровья трудового потенциала России / В.К. Овчаров, Т.М. Максимова, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №4. – С. 3–5.

110. Олесов А.Е. Методологические основы управления социально-экономической эффективностью подсистем государственного здравоохранения : Автореф. дисс. докт. эконом. наук / А.Е. Олесов. – ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет экономики и финансов». СПб., 2009. – 49 с.

111. Онищенко Г.Г. Некоторые итоги профилактики инфекционных заболеваний и основные направления организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий в начале третьего тысячелетия / Г.Г. Онищенко // Иммунология.– 2008., Т. 29. – № 2. – С. 97–105.

112. Онищенко Г.Г. Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа / Г.Г. Онищенко, Б.М. Когут, В.Б. Пригорнев. – Хабаровск, 2001. – 211 с.

113. Онищенко Г.Г. Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа в 2001 г. / Г.Г. Онищенко, Б.М. Когут, В.Б. Пригорнев. – Хабаровск, 2002. – 233 с.

114. Онищенко Г.Г. О мерах по организации кадрового обеспечения системы здравоохранения субъектов федерации Дальневосточного федерального округа / Г.Г. Онищенко, Б.М. Когут, В.Б. Пригорнев. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2001. – № 2. – С.5–8.

115. Основные показатели социально-экономического положения регионов ДФО в январе–декабре 2010 года, I часть: Статистический бюллетень / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю – г. Хабаровск, 2011. – 59 с.

116. Основные показатели социально-экономического положения регионов ДФО в январе–декабре 2010 года, II часть: Статистический бюллетень / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю – Хабаровск, 2011. – 126 с.

117. Пальянова С.Ю. Добровольное медицинское страхование: перспективы развития на 2002–2010 годы / С.Ю. Пальянова // Страховое дело. – № 10. – 2002. – С. 28.

118. Перфильева Г.В. Кадровые ресурсы здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ / Г.В. Перфильева. – Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark, 2007.

119. Послание Президента Российской Федерации Д.А.Медведева Федеральному Собранию 5 ноября 2008 URL: http://www.adhmao.ru/narod_vl/presid/051108.htm.

120. Постановление Администрации Магаданской области от 28 марта 2011 г. № 184–па «О программе модернизации здравоохранения Магаданской области на 2011–2012 годы».

121. Постановление Администрации Приморского края от 31 марта 2011 г. № 87–па «О программе модернизации здравоохранения Приморского края на 2011–2012 годы».

122. Постановление Правительства Хабаровского края от 31 марта 2011 г. № 84–пр «Об утверждении краевой программы модернизация здравоохранения хабаровского края на 2011–2012 годы».

123. Постановление Правительства Амурской области от 07.02.2011 № 36. «О региональной программе «Модернизация здравоохранения Амурской области на 2011–2012 годы».

124. Постановление Правительства ЕАО от 31 марта 2011 года № 143–пп. «Об областной целевой программе «Программа модернизации здравоохранения Еврейской автономной области на период 2010–2012 гг.».

125. Постановление Правительства Иркутской области от 31 марта 2011 г. № 8/1–пп «Долгосрочная целевая программа модернизации здравоохранения иркутской области на 2011–2012 годы».

126. Постановление Правительства Приморского края от 01 апреля 2011 г. № 113. «Региональная программа модернизации здравоохранения Приморского края на период 2010–2012 гг.».

127. Постановление Правительства Сахалинской области от 01.04.2011 N 113 (ред. от 10.06.2011) «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Сахалинской области на 2011–2012 годы».

128. Постановление Правительства ЧАО от 31 декабря 2010 г. № 458 «Об утверждении программы модернизации здравоохранения Чукотского автономного округа на 2011–2012 годы».

129. Потапчик Е.Г. Основные изменения, происходящие в российской системе здравоохранения, глазами медицинских работников / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, И.М. Шейман, С.В. Шишкин // Здравоохранение, 2011. – № 2. – С. 27–37.

130. Пояснительная записка к долгосрочной краевой целевой программе «Модернизация здравоохранения Камчатского края на 2011 – 2012 годы». Распоряжение Правительства Камчатского края от 27.07.2010 № 373–РП.

131. Пригорнев В.Б. Некоторые оценки и характеристики профессиональных намерений выпускников ДВГМУ / В.Б. Пригорнев, В.Г. Дьяченко, С.Ш. Сулейманов // Материалы второй научно–практической конференции «Семейная медицина: проблемы и перспективы». – Хабаровск, 2001. – С. 26–29.

132. Пригорнев В.Б. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы / В.Б. Пригорнев, В.О. Щепин, В.Г. Дьяченко, Н.А. Капитоненко / Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2003. – 368 с.

133. Прохоров Б.Б. Социальная стратификация общества и здоровье населения / Прохоров Б.Б. // Проблемы прогнозирования. – 2009. – № 3. – С. 112–133.

134. Прохоров Б.Б. Социально–экономические особенности федеральных округов России и здоровье населения / Прохоров Б.Б. // Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2008. – Т. 6. – С. 680–703.

135. Пэн Пэн Хэпин цзюеци лунь – Чжунго чунсу да го чжи лу [Концепция мирного возвышения Китая путь к новому формированию Китая как великой державы]. – Гунчжоу, 2005. – 352 с.

136. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2009 года №2094–п // <http://government.ru/gov/results/9049/>.

137. Ревич Б.А. К оценке факторов риска смертности населения России и реальности их снижения: комментарии к докладу Всемирного Банка «Рано умирать» / Б.А. Ревич // Проблемы прогнозирования. – 2006. – № 6. – С. 114–132.

138. Региональная и национальная безопасность на Дальнем Востоке. Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания Российской

Федерации. Специальный выпуск. – 2005. – № 28 (280). – 62 с. – http://council.gov.ru/inf_sl/bulletin/item/246/index.html.

139. Регионы России. Социально–экономические показатели. 2011: Стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 990 с.

140. Ремнев В.А. Современная глобализация: роль России в Тихоокеанском регионе / В.А. Ремнев. – СПб.: Изд–во «ИП Никифорова», 2010. – 170 с. – С.156.

141. Решетников А.В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины / Решетников А.В. // Социология медицины. – 2006. – № 1. – С. 3–9.

142. Решетников А.В. Социология медицины / Решетников А.В. – М., 2002. – 975 с.

143. Рязанцев С.В. Международная миграция в России: современные тенденции и направления совершенствования миграционной политики (глава в монографии) / С.В. Рязанцев; под ред. Н.П. Гусакова // Интеграция России в мировую экономику. – М.: РУДН, 2007. – 276 с.

144. Салашник В.М., Солохина Л.В. Мониторинг здоровья – основа стратегического планирования / В.М. Салашник, Л.В. Солохина / Актуальные вопросы охраны профессионального здоровья железнодорожников на ДВЖД: Материалы научн.–практ. конф. – Хабаровск, 2003. – С. 9.

145. Сахаров А.Н. Россия: Народ. Правители. Цивилизация / Сахаров А.Н. – М.: ИРИ РАН, 2004. – С. 307.

146. Сбережение народа зависит от вас! Сост. В.И. Стародубов и др. – М.: «ГЭОТАР–Медиа» 2007. – С. 27.

147. Семенов С.Н., Смолькин Е.Б. Мониторинг социологических приоритетов при трудоустройстве выпускников медицинского вуза / С.Н. Семенов, Е.Б. Смолькин // Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России: сб. науч. трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 198–202.

148. Семенов С.Н. Оптимизация управления подготовкой врачебных кадров на региональном уровне: автореф. дисс... докт.мед наук / С.Н. Семенов. – Воронеж, 2007. – 41 с.

149. Сибурина Т.А., Аттаева Л.Ж. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе использования современных персонал–технологий / Т.А. Сибурина, Л.Ж. Аттаева // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – № 1. – С. 25–28.

150. Системы здравоохранения: время перемен. Узбекистан. Обзор системы здравоохранения» – Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2009. – 280 с.

151. Солохина Л.В., Салашник В.М. Совершенствование системы охраны здоровья работников железнодорожного транспорта – основа обеспечения безопасности движения / Л.В. Солохина, В.М. Салашник // Дальневосточный медицинский журнал – 2001. – № 1. – С. 95–96.

152. Солохина Л.В. Комплексная оценка качества жизни работников здравоохранения / Л.В. Солохина, К.Р. Аветян, В.М. Салашник, В. Широглазова // Методические рекомендации для врачей, организаторов здравоохранения. – Хабаровск, 2009. – 35 с.

153. Солохина Л.В., Аветян К.Р. Уровень и качество жизни медицинских работников негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на Дальневосточной железной дороге / Л.В. Солохина, К.Р. Аветян // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 100–105.

154. Социально-экономическое положение Дальневосточного федерального округа. 2010 год: Доклад / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю – г. Хабаровск, 2011 г. – 21 с.

155. Стародубов В.И. Прогноз развития систем здравоохранения Российской Федерации / В.И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 2.

156. Стародубов В.И. Региональные контуры политики в области снижения смертности / Демографические перспективы России и задачи демографической политики: Материалы научно-практической конференции. / В.И. Стародубов, Л.Л. Рыбаковский, А.Е. Иванова. – М.: Экон-Информ, 2010. – Вып. 2. – С. 95–105.

157. Стародубов В.И., Иванова А.Е. Анализ изменений и прогноз смертности населения в связи с мерами демографической политики / В.И. Стародубов, А.Е. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2009. – Том 9. – № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/101/30/> (Дата обращения 17.07.2011).

158. Стародубов В.И. Совершенствование нормативной базы программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 1. – С. 9–19.

159. Стародубов В.И. Реформы российского здравоохранения: настоящее и будущее / В.И. Стародубов // Здравоохранение. – 1999. – № 4. – С. 7–12.

160. Стратегия социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 года. Утверждена распоряжением Правительства РФ № 2094-р от 28 декабря 2009 г. // <http://government.ru/gov/results/9049>.

161. Султанов Ш. В поисках сумрачного будущего / Ш. Султанов // Завтра, № 5 (898) от 2 февраля 2011 г. – <http://zavtra.ru/cgi//veil//data/zavtra/11/898/32.html>.

162. Тебин Н. Современные японцы предпочитают эволюцию / Н. Тебин // Медицинская газета. – 2010. – № 34.

163. Терехов А. Миру грозят войны из-за климата. К 2020 году «экологические» мигранты будут исчисляться миллионами / А. Терехов // Независимая газета. – 2009, 10 августа // http://www.ng.ru/world/2009-08-10/1_climat.html#.

164. Тимофеев Л.Ф. К вопросу о ресурсном обеспечении здравоохранения республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев, Е.Л. Соколова, Т.И. Лубнина // Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко РАМН. – М., 1997. – Вып. 4. – С. 130–136.

165. Тимофеев Л. Ф., Семенов П.А. Оценка, прогноз и рекомендации по укреплению здоровья населения Республики Саха (Якутия) / Тимофеев Л. Ф., Семенов П.А. // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90–е годы: Бюлл. НИИ им. Н.А. Семашко РАМН. – М, 1997 – Спец вып. ч. I. –С. 189–192.

166. Тимофеев Л.Ф., Соколова Е.Л. Обеспеченность населения Республики Саха (Якутия) стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью / Тимофеев Л. Ф., Семенов П.А. // Бюлл. НИИ им. Н.А. Семашко РАМН. – М, 1999. – Вып.1,– С. 96–99.

167. Тимофеев Л.Ф. Развитие здравоохранения в Якутии (крат. ист. очерк) / Л.Ф. Тимофеев / Ин-т здоровья Акад. наук РС (Я). – Якутск: изд-во СО РАН, 2003. – 87 с.

168. Тимофеев Л.Ф. К вопросу развития амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев // Бюлл. НИИ им. Н. А. Семашко РАМН. – Москва, 2002. – Тематич. вып ч. II – С. 121–125.

169. Тимофеев Л.Ф. Изучение экономического ущерба от заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности в Республике Саха (Якутия) : учебное пособие / Л.Ф. Тимофеев // М-во образования и науки Российской Федерации, ФГНУ «Ин-т здоровья», ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный ун-т им. М. К. Аммосова», Ин-т последипломного обучения врачей, Нац. НИИ общественного здоровья РАМН; [авт.-сост. Л. Ф. Тимофеев и др.]. – Якутск: Северо-Восточный федеральный ун-т, 2011. – 81 с.

170. Тимченко В.С. Основные направления реформы местной власти в 2011 году / В.С. Тимченко. – [Электронный ресурс]: Официальный сайт Комитета Государственной Думы по федеративному устройству и вопросам местного самоуправления URL.: <http://www.komitet4.km.duma.gov.ru/site.xp/053048124056048052.html>.

171. Титаренко М.Л. Геополитическое значение Дальнего Востока. Россия, Китай и другие страны Азии / М.Л. Титаренко. – М.: Памятники исторической мысли, 2008. – С. 13.

172. Тихоокеанская Россия–2030: сценарное прогнозирование регионального развития / под ред. П.А. Минакира: Рос. акад. наук, Дальневост. Отд-ние, Ин-т экон. исследований. – Хабаровск: ДВО РАН, 2010. – 560 с. : ил. 36, табл. 113, библи. 540, 1 отд. л. карты.

173. Тобин Д. Теорема о «невидимой руке» должна быть модифицирована / Д. Тобин // Российский экономический журнал. – 2002. – №3. – С. 44.

174. Тюрюканова Е. Гендерные аспекты миграционной статистики / Е. Тюрюканова // Гендерное неравенство в современной России сквозь призму статистики; под ред. М. Баскакова. – М.: Едиториал УРСС, 2004, – С. 252–278.

175. Угрозы XXI века: Лекция Дмитрия Тренина, прочитанная 6 июля 2006 г. в рамках проекта «Публичные лекции «Полит.ру» // <http://www.polit.ru/lectures/2006/07/12/trenin.html>.

176. Указ Президента Республики Саха (Якутия) от 28 марта 2011 года №556 Программы «Модернизация здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2011–2012 годы».

177. Улукмбекова Г. Уроки реформы российского здравоохранения / Улукмбекова Г. – 11 февраля 2010 г. <http://polit.ru/article/2010/02/11/healthcare/>.

178. Фигерас Ж. с соавт. Реформа больниц в новой Европе / Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. / Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — 320 с.

179. Фрейберг Н.Г. Сборник законов и распоряжений Правительства РСФСР по врачебно-санитарному делу с 1-го сентября 1919 г. по 1-е января 1925 г. / Н.Г. Фрейберг. – М., издание Госмедторгпром, 1925. – 925 с.

180. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России / Н.Г. Фрейберг. – СПб. : Практическая медицина, 1913. – 1060 с.

181. Фридман Д. Следующие 100 лет: прогноз событий XXI века / Джордж Фридман; [пер. с англ. А. Калинина, В. Наричи, М. Мацковской]. – М.: Эксмо, 2010. – 336 с. – (Библиотека Коммерсантъ).

182. Хам Бэксу Воззрения современной молодежи на свободное время и общественную деятельность / Хам Бэксу // Кеюк вольбо. 1995. – № 4. – С. 37.

183. Хан Ильчхонь Неравенство в корейском обществе / Хан Ильчхонь. – Сеул: Нанам. 1992. – С. 148.

184. Харрингтон Дж. Х. Управление качеством в американских корпорациях / Харрингтон Дж. Х. Пер.с англ. – М.: Экономика, 1990. – С. 29–30.

185. Хонь Тусынъ, Ку Хэгын Теория общественных слоев и классов / Хонь Тусынъ, Ку Хэгын. – Сеул: Тасан, 1993. – С. 128.

186. Ху Цзиньтао: люсюэ жэньюань яо вэй цзуго сяньдай хуа шиэ цзо гу-неянь [Ху Цзинь–тао: лица, обучающиеся за границей, должны вносить вклад в дело модернизации родины] // ИА Синьхуа, 2003. 30 окт.

187. Чже Сун Хун. Геополитический аспект внешней политики России на Дальнем Востоке (2000–2007 гг.) / под ред. А.В. Кабаченко. – М.: Издатель Воробьев А.В., 2008. – 126 с. (Dissertatio, 23).

188. Чжоу Маньшэн. Выход государства на международный рынок образовательных услуг и перспективы китайско–российского сотрудничества // Россия–Китай: Образовательные реформы на рубеже XX—XXI вв. Сравнительный анализ // Под ред. Н.Е. Боровской, В.П. Борисенкова и Чжу Сяомань. / М., 2007. – С. 453.

189. Чжоу Юаньцин. Важная реформа и новаторство в системе высшего образования // Чжунго гаодэн цзяюй. – 2001. – № 1. – С. 4—11.

190. Чжунго гунчаньдан ди шици цы цгоаньго дайбяо дахуэй вэньцзянь хуэйбянь [Сборник документов XVII Всекитайского съезда КПК]. – Пекин,

2007.

191. Чжунго да чжаньлюе [Большая стратегия Китая]. Гл. ред. Ху Аньган. – Ханчжоу, 2003. – С. 106.

192. Чжунго тунцзи чжайяо [Краткая статистика Китая] 2009. – Пекин. 2009. – С. 19, 23, 171.

193. Чжунго шэхуй синши фэньси юй юйцзэ: 2007 [Анализ и прогноз социального положения в Китае]. – Пекин: Шэкэ вэньсянь чубаньшэ, 2006.

194. Чжунхуа жэньминь гунхэго вэйшэн бу. 2006 нянь Чжунго вэйшэн тунцзи тияо (Министерство здравоохранения Китайской Народной Республики. Основные статистические данные по здравоохранению в Китае за 2006 г.). – Пекин, 2007.

195. Шамшурина Н.Г. Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении / Н.Г. Шамшурина // Здравоохранение. – 2005. – № 3.

196. Шевченко Ю.Л. Здравоохранение России. XX век / Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровский, О.П. Щепин. – М.: ГЭОТАР–МЕД, 2001. – 320 с.

197. Шейман И.М. Здравоохранение: что изменилось за двадцать лет / И.М. Шейман // Эксперт. – 2011. – № 14. – С. 40–42.

198. Шейман И.М. Конкурентная модель участия страховых медицинских организаций в системе ОМС / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2012. – № 3. – С. 34–40.

199. Шейман И.М. Опыт реформирования здравоохранения Эстонии: что интересно для России? / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 69–78.

200. Шейман И.М. Опыт реформирования здравоохранения Эстонии: что интересно для России? / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2011. – № 6. – С. 92–102.

201. Шейман И.М. Первый опыт реализации системы «поликлиника–фондодержатель» / И.М. Шейман // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 5. – С. 15–26.

202. Шейман И.М. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: насколько оправданы ожидания? / И.М. Шейман // Экономическая политика. – 2011. – № 4. – С. 107–127.

203. Шейман И.М. с соавт. Медицинские работники о процессе модернизации здравоохранения (по результатам социологических опросов) / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2011. – № 1. – С. 21–30.

204. Шейман И.М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2011. – № 8. – С. 28–34.

205. Шейман И.М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2011. – № 9. – С. 28–33.

206. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения / Шишкин С.В. – Москва, 2000.

207. Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении: Монография / В.О. Щепин. – М.: ТОО «Рарочь», 1997. – 224 с.
208. Щепин О.П. Перспективная программа развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998 – № 3 – С. 3–11.
209. Щепин О.П., Габуева Л.А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / О.П. Щепин, Л.А. Габуева. – М., МЦФЭР, 2006. – 425 с.
210. Щепин О.П., Евсюков Ю.М. Проблемы социальной гигиены и истории медицины / О.П. Щепин, Л.А. Габуева. – 1994. – № 3. – С. 32–37.
211. Щепин О.П., Овчаров В.К. Пути решения проблем здравоохранения / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 1. – С. 3–6.
212. Щепин О.П. и др. Региональное здравоохранение России: пути формирования и развития / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, Я.Д. Погорелов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 3–12.
213. Щепин О.П. и др. Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт / Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелов Я.Д., Нечаев В.С., Чудинова И.Э., Мартынова Н.М., Жилиева Е.П. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1998. – № 3. – С. 13–19.
214. Щепин, О.П. Проблемы здоровья населения и развитие программ здравоохранения / О. П. Щепин, В. К. Овчаров, Максимова Т.М. и др. // Россия в зеркале статистики: всероссийская перепись населения 2002 года: Материалы Международного симпозиума. – М. Препринт, 2003. – 6 с.
215. Щепин О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин, Е.П. Какорина. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», Издательство «Шико», 2007. – 360 с.
216. Юргель Н.В., Никонов Е.Л. Мониторинг реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / Н.В. Юргель, Е.Л. Никонов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2007. – № 2. – С. 3–7.
217. Юргель Н.В., Хубиева М.Ю. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению / Н.В. Юргель, М.Ю. Хубиева // Вестник Росздравнадзора. – 2008. – № 2.
218. Aizinova I. M. Paid services: differentiation of territory or territory varied? // Prediction problems. 2000. - № 5. - P. 20.
219. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago: Dorsey, 1988.
220. Ajzen I., Fishbein M. The influence of attitudes on behavior// The handbook of attitudes/ Eds. D. Albarracin, B. T. Johnson, M. P. Zanna. Mahwah: Erlbaum, 2005. - P. 173–221.

221. Altenstetter C. Health care reform in Germany in comparative perspective, with special attention to funding and reimbursement issues of medical and hospital services / Paper prepared for delivery at the 29th ECPR Joint Sessions of Workshops, Grenoble, France, 6–11 April. 2001.
222. Arnquist, Sarah (August 25, 2009). «Health Care Abroad: Japan». The New York Times. <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/08/25/health-care-abroad-japan/> / Retrieved January 28, 2010.
223. Axworthy L., Spiegel J. Retaining Canada's health care system as a global public good. CMAJ • August 20, 2002; 167 (4)
224. Beaglehole, R. Public health in the new era: improving health through collective action // R. Beaglehole, R. Bonita, R. Norton, O. Adams //The Lancet 2004.363:2084–2086.
225. Beaglehole, R. The challenge of health inequalities / The Lancet 2005. 382:855–858.
226. Bliss T. (2003). Road Safety, presented at World Bank China highway transport seminar (unpublished). 2003.
227. Blitz B. «Brain circulation»: the Spanish medical profession and international medical recruitment in the United Kingdom. Journal of European Social Policy, 2005, 15:363–379.
228. Bodenheimer Thomas. Low-Cost Lessons from Grand Junction, Colorado. The New England Journal of Medicine. October 7, 2010.
229. Bong-min Yang. The Official News & Technical Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research. 9 September 2008, Seoul, South Korea.
230. Buchan J., Perfilieva G. Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, по состоянию на 21 июня 2007 г.).
231. Buchan J., Parkin T., Sochalcki J. International nurse mobility. Trends and policy implications (Международное движение медсестринских кадров. Тенденции и политические рекомендации). – ВОЗ. Женева. 2003. – 81 стр.
232. Bureau of Statistics. Long-term Population Projection in Korea; Government of the Republic of Korea: Daejeon, Korea, November 2006 (in Korean).
233. Center for Global Development (2004). What's worked? Accounting for success in Global Health. (Draft), mimeo.
234. Chen C.C. and F. M. Bunge (1989). Medicine in rural China : A personal account. Berkeley, University of California Press.
235. Chen, J. (2002). "The relationship between health law enforcement and technical services." Chinese Journal of Public Health Management 18(1): 4–5.
236. Chernichovsky D, Potapchik E. (1997). Health system reform under the Russian health insurance legislation. Int J Health Plann Manage; 12: 279–95.

237. Choi B.H. Financial crisis and policy agenda of health security [in Korean]. In: Proceedings of the 2001 Annual Meeting, Korean Social Security Association. 2001:7–59.
238. Choudhry N.K, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:260–273.
239. Clay S.W, Conatser RR. Characteristics of physicians disciplined by the state medical board of Ohio. *Journal of the American Osteopathic Association*, 2003, 103:81–88.
240. Csilkszentmihalyi M. // *Research on Motivation in Education* / Eds C Ams, R. Ams. – New York, 1989. – Vol. 3. – P.45 – 71.
241. D’Autume C., Postel–Vinay D. Mission relative a l’organisation juridique, administrative et financiere de la formation continue des professions medicales et paramedicales. Paris, Inspection Generale des Affaires Sociales, 2006.
242. Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах здоровья. – ЕРБ ВОЗ. Копенгаген. 1992.
243. Diatchenko V., Chepel T., Kozlov V. About the Khabarovsk Region children’s disablement. *JRME KANAZAVA’01. The Ninth International Symposium of the Japan–Russia Medical Exchange. “4–5. 09. 2001”*. P 152.
244. Donaldson L. Good doctors, safer patients: proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients. London, Department of Health, 2006.
245. Dubois C.A., McKee M., Nolte E., eds. Human resources for health in Europe. Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, по состоянию на 26 июня 2006 г.).
246. Dumont J.C., Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries: an assessment of the situation in the broader context of highly skilled migration. In: *International Migration Outlook 2007*. Paris, Organization for Economic Co–operation and Development, 2007.
247. Edwards N., McKee M. The future role of the hospital. *Journal of Health Services Research&Policy*, 2002, 7:1–2.
248. Elkhuizen S.G., Sambeek, J.R.C. van, Hans, E.W., Krabbendam, J.J. & Bakker, P.J.M. (2007). Applying the variety reduction principle to management of ancillary services. *Health care management review*, 32(1), 37–45.
249. Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. International Healthcare Comparison Network. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2010.
250. Fabian C. Family medicine/ general practice in Sweden. In: Kennedy, T.E. *European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96*. London: Kensington Publications, 1995.
251. Figueras J., McKee M., Mossialos E. and Saltman R.B./Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Open University Press. McGraw–Hill Education. McGraw–Hill House. Shoppenhangers Road. Maidenhead Berkshire. England. SL6 2QL. 2006.

252. Flynn M.L., Chung Y.S. Health care financing in Korea: private market dilemmas for a developing nation. *J Public Health Policy*. 1990;11(2):238–253. [PubMed]

253. Fukue Natsuko, "National health insurance a basic universal safety net", *Japan Times*, May 25, 2010, p.3.

254. Gong X. (2003). "Enhancing investment in public health and reforming the financing system < public health." *Chinese health economics*(12): 13–15.

255. Gong X. (2004). The evaluation of the policy of regional health planning in China. Shanghai, China, Fudan University.

256. Harden Blaine (September 7, 2009). "Health Care in Japan: Low–Cost, for Now Aging Population Could Strain System". *The Washington Post*. http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2009/09/06/AR2009090601630_pf.html. Retrieved January 28, 2010.

257. Health Care System and National Health Insurance of South Korea Bong–min Yang PhD, Professor, Seoul National University, Seoul, South Korea (Bong–min Yang PhD, was the program chair of the ISPOR 3rd Asia–Pacific Congress, 7–9 September 2008, Seoul, South Korea)

258. Healy J., McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy*, 2002, 61:1–19.

259. Henderson G., Akin J., et al. (1994). "Equity and utilization of health services: Report of an eight province survey in China." *Social Science & Medicine* 39(5): 687–699.

260. Hirose Masahiro (October 2003). "How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation." *Health Policy* 66: 32. PMID 14499164.

261. Horn J.S. (1971). *Away with All Pests: An English Surgeon in People's China. 1954–1969*. N York, Monthly Review Press.

262. Hsiao W.C. (1984). "Transformation of Health in China." *New England J. of Medicine* 310: 932–6.

263. Hu S. and X. Gong (2004). Resource allocation of public health in China, mimeo.

264. Hutzschenreuter A.K., Bosman P.A.N., Blonk–Altena I., Aarle J. van, & La Poutré H. (2008). Agent–based patient admission scheduling in hospitals. In: *Proceedings 7th International Conference on Autonomous Agents and Multi–Agent Systems*, Estoril, Portugal, 2008.

265. Ikeda Nayu. "What has made the population of Japan healthy?". *The Lancet* 378: 1094. PMID 21885105.

266. Ikegami Naoki. "Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges". *The Lancet* 378: 1108. PMID 21885107.

267. IMF. *World Economic Outlook Database*, 2008.

268. Ivanov V.N., Syvorov A.V. Problems of Russian population health protection// Prediction problems. 2003. №3. P.102.
269. Jesse Huang The Health Care System and Public Health in China. Chinese Academy of Medical Sciences Peking Union Medical College. 2001. Email:pumcjesse@yahoo.com.cn
270. Jong–Chan Lee. Health Care Reform in South Korea: Success or Failure? American Journal of Public Health 2003. 93(1): 48–51.
271. Kim B.Y. Korean experiment for the unification of multiple medical insurers: a road to success or failure. In: International Symposium on National Health Insurance, Korea Health and Welfare Forum. 2000:3–39.
272. Kyodo News (Nov. 6, 2008). "Another case emerges of pregnant woman rejected by Tokyo hospitals". The Japan Times. <http://search.japantimes.co.jp/cgi-bin/nn20081106a7.html>. Retrieved January 28, 2010.
273. Le Grand J., Propper C., Robinson R. The economics of social problems. Third edition. London: Macmillan. . 1993.
274. Lee J.C., ed. Great Debates on Health Care in Korea [in Korean]. Seoul, Republic of Korea: Sonamu; 2000.
275. Litvak N., eds. Managing the overflow of intensive care patients. European Journal of Operational Research 2008. 185(3), 998–1010
276. Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Kazuo Inoue, Eiji Kajii High–tech rural clinics and hospitals in Japan: a comparison to the Japanese average. 2004.
277. Matsumoto Masatoshi (August 2005). "Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: a survey of 3072 doctors in Japan". The Australian journal of rural health 13: 219–220. PMID 16048463.
278. Maynard A., Bloor K. Introducing a market to the United Kingdom National Health Service// New England Journal of Medicine, 1996, February 29.
279. McKee M., Healy J., eds. Hospitals in a changing Europe. Buckingham. Open University Press, 2002.
280. McKee M., Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. Clinical Medicine, 2001, 1: 299–304.
281. McKee M. What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; (2003) <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>,
282. Moon O. , “The National Health Insurance Policy in Korea,” presented at the Eighth Formal Meeting of the Board of the Asia–Pacific Academic Consortium for Public Health, Seoul, South Korea, 29 June–4 July 1987.
283. Mooney H., Donnelly L. Workforce plan predicts ‘bitter opposition’ and ‘volatility’. Health Service Journal, 2007, 4 January:4–9.
284. Mullan F., Politzer R.M. & Davis C.H.: Medical migration and the physician workforce. J. Am. Med. Assn. 1995; 273:1521–1527.

285. OECD Health Division. OECD Health Data, 2007; The World Health Report, 2005, 2006.

286. Osaka R., Nanakorn S., Chusilp K. // Southeast Asian J. Top. Med. Public Health. – 1998. – Vol. 29(2). – P. 293–298.

287. Payne G., Laporte A., Deber R., Coyte P.C. Counting backward to health care's future: Using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Quart.* 2007, 85, 213–257.

288. Penn World Table, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA, various years. 2004.

289. Pushkarev O.A. probability–stochastic model of medical–economic efficiency of versatile hospital / O. Pushkarev // KORUS–2002. The 6th Russian–Korean International Symposium on Science and Technology. – Novosibirsk, 2002. – P. 479–482.

290. Pushkarev O. Method and criterion of an estimation of the human capital / O. Pushkarev // KORUS–2003. The 7th Korean–Russian International Symposium on Science and Technology / University of Ulsan. – Ulsan, Republic of Korea, 2003. – P. 65–68.

291. Pushkarev O. The human capital – the integrator of social and economic problems of region / O. Pushkarev // KORUS–2004. The 8th Korean–Russian International Symposium on Science and Technology / University of Ulsan. – Ulsan, Republic of Korea, 2004. – P. 267–271.

292. Rapoport John, Jacobs Philip, Jonsson Egon. Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison Health Care and Disease Management (2009 ed.). Wiley–VCH. ISBN 3527321101. – Total pages: 247.

293. Reid T.R. (April 14, 2008). "Japanese Pay Less for More Health Care". NPR. <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=89626309>. Retrieved January 28, 2010.

294. Ren Qiang, Zheng Xiaoying, Wolfgang Lutz, Sergei Scherbov. China's grave demographic challenges in coming decades // *China Economist*. Beijing, 2009, N 20. P. 101.

295. Report on the Implementation of the Concept of Development of Public Health and Medical Science and Goals for 2001&2005 and the period up to 2010, Ministry of Health of the Russian Federation, 20 March 2001.

296. Report on the work of the High Level Group in 2006. Brussels, Directorate–General for Health and Consumer Protection, European Commission, 2006. (HLG/2006/8 FINAL).

297. Roberts M.J. Ethical analysis in public health / M.J. Roberts, M.R. Reich // *The Lancet* 2002. 359:1055 – 1059.

298. Robinson Sara. 10 Myths About Canadian Health Care Busted. Tom Paine.com February 5, 2008.

299. Rosenmoller M., McKee M., Baeten R., eds. Patient mobility in the European Union. Learning from experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Eu-

rope on behalf of the Europe for Patients project and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/2006052_2_1, accessed 25 April 2008).

300. S. Yu. "Recent Developments in Medical Care Delivery Systems in the Region: National Experience of the Republic of Korea," presented at the Eighth International Social Security Association Regional Conference for Asia and the Pacific, Seoul, South Korea, 18–22 April 1988.

301. Shkolnikov V., Mc Kee M., Leon D.A. Changes in life expectancy in Russian in the 1990s. *Lancet* 2001; 357: 917–21.

302. Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA) (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>, accessed 22 June 2007).

303. Soonman Kwon, Health Care Reform in Korea: Key Challenges. IMF Conference October 3, 2011

304. Suzuki D. Expanding the health care debate. *CMAJ* 2002; 166 (13):1678–9.

305. Swaine M.D., Tellis A.J. Interpreting China's grand strategy: past, present and future. 2000. 308 pp

306. Tchoe B., Nam S.H., Shin Y.J. The determinants of national health expenditures. *Korean Rev. Health Policy Admin.* 2004, 14, 99–116 (in Korean).

307. The health workforce: current challenges (Рабочая сила в здравоохранении: вызов современности). – ВОЗ. Женева. 2004 г. – 19 с.

308. The management of health, safety and welfare issues for NHS by Department of Health/ London 2003. p. 13–15, 54–72, 111–125.

309. The WHO analysis of current strategies in European health care reforms // *European hospital*. – 1996. – 4. – P.12–13.

310. Tragakes E., Lessof S., Tragakes E., ed. Health care systems in transition: Russian Federation. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003: 5(x).

311. UNDP. Human Development Report 2000. New York. Oxford University Press. 2000.

312. Uroda A. What Makes Universities in China and Russia Engage in Partnerships across the Border? // *Comparative Education Bulletin*. 2006. No. 9. P. 79.

313. Vilenski A.V., Fedoseev V.N. Medical equipment and health protection services market// *Marketing in Russia and abroad*. – 2001. №3. P.67.

314. Walsh J. Data analysis need for health sector reform/ J.Walsh, M. Simonet // *Health policy*, 1995 – v.32 – p.295–306.

315. WHO. Regional Office for Europe «Кадровые ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ». 2006. <http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>.

316. WHO. Regional Office for Europe, Highlights on Health in the Russian Federation, November 1999.
317. WHO. Health for all data base. Copenhagen: World Health Organisation, 2003
318. WHO. Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2010. 411 p.
319. WHO. Millennium Development Goals in the WHO European Region. A situational analysis at the eve of the five-year countdown. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2010.
320. WHO. Sixty years of WHO in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2010.
321. WHO. Strengthening the health sector response to adolescent health and development. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2010.
322. WHO. World Health Report 2006. Health Systems: Improving performance, Geneva, 2006.
323. WHO. Европейская министерская конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония). <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.
324. World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
325. World Population Prospects. The 2006 Revision. UN.N.Y, 2007. Vol. 1. P. 178.
326. Yamaguchi Mari (February 4, 2009). "Injured Man Dies After Rejection by 14 Hospitals". Associated Press. ABC News. <http://abcnews.go.com/International/wireStory?id=6801348>. Retrieved January 28, 2010.
327. Yosomono (November 28, 2009). "How to navigate the Japanese Health System". gaijinass. <http://gaijinass.wordpress.com/2009/11/28/how-to-navigate-the-japanese-health-system/>. Retrieved January 28, 2010.
328. Ziguras C. The Impact of the GATS on Transnational Tertiary Education: Comparing Experiences of New Zealand, Australia, Singapore and Malaysia // The Australian Educational Researcher. Vol. 30, № 3. 2003. P. 89.
329. Zweig D., Rosen St. Chen Changgui Globalization and transnational human capital: overseas and returnee scholars to China // The China Quarterly. 2004. № 179. P. 752.

Авторский коллектив

Дьяченко Владимир Гаврилович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет».

Пригорнев Владимир Борисович, д-р мед. наук, главный федеральный инспектор аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет».

Солохина Людмила Васильевна, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет».

Капитоненко Николай Алексеевич, д-р мед. наук, проректор по научной и лечебной работе, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет».

Дьяченко Сергей Владимирович, д-р мед. наук, профессор кафедры фармакологии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет».

Ратманов Павел Эдуардович, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет».

Руссу Елена Юрьевна, специалист-эксперт департамента экономической и социальной политики аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе.

Костакова Татьяна Александровна, канд. мед. наук, заместитель главного врача ГБУЗ «Хабаровский краевой центр по борьбе и профилактике СПИД» министерства здравоохранения Хабаровского края.

Научное издание

Дьяченко Владимир Гаврилович, **Пригорнев** Владимир Борисович
Солохина Людмила Васильевна, **Капитоненко** Николай Алексеевич
Дьяченко Сергей Владимирович, **Ратманов** Павел Эдуардович
Руссу Елена Юрьевна, **Костакова** Татьяна Александровна

Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ

Монография

Редактор *В. Н. Лапина*
Художественный редактор *Ю. В. Назаренко*
Технический редактор *Т. Е. Епишина*
Корректор *А. А. Любимова*

Подписано в печать 14.06.2013. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Усл. печ. 39,99 л. Уч.-изд. 41,38 л.
Тираж 300 экз. Заказ № 53.

Издательство ДВГМУ.
680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, 31.

Отпечатано в типографии издательства ГБОУ ВПО ДВГМУ.
680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35.