

## ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

В.Л. Александров

# ОБ ИТОГАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В 2007-м ГОДУ И ЗАДАЧАХ НА 2008-й ГОД (из доклада на итоговой коллегии Министерства здравоохранения РС(Я))

2007-й год ознаменовался для медицинских работников Республики Саха (Якутия) общественно-политическим событием – состоялся очередной, XV съезд, который подвёл итоги развития отрасли здравоохранения в рамках Концепции, принятой на предыдущем съезде.

Наиболее острыми проблемами здоровья населения нашей республики являются высокий уровень заболеваемости и общей смертности, особенно среди мужчин трудоспособного возраста, а также низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. В 2006 г. в РС(Я) продолжительность жизни составила 65,5 лет, в том числе у мужчин – 59,8, у женщин – 71,9. В то же время по РФ этот показатель – 66,6 (60,4 и 73,2). Таким образом, разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами составляет в Якутии 12 лет, по России – 13, тогда как в большинстве развитых стран и в группе стран с близкими к общероссийским параметрами экономического развития различия составляют 4-7 лет. А такие регионы, как Республики Ингушетия, Дагестан и город Москва, отличаются максимальной продолжительностью жизни в России – там люди живут в среднем на 10 лет дольше, чем у нас (74,6 – оба пола, 70,0 – мужчины, 79,0 – женщины).

Экспертные оценки ВОЗ показывают, что влияние общей продолжительности жизни на экономический рост является существенным. Результаты исследования означают, что при прочих равных условиях увеличение продолжительности жизни с 50 до 70 лет приведёт к увеличению темпов экономического роста на 1,4% ежегодно.

Таким образом, **главной задачей системы здравоохранения республики в ближайшие годы является воздействие на главный индикатор – показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении.**

**АЛЕКСАНДРОВ Вячеслав Лаврентьевич**  
– д.м.н., министр здравоохранения РС(Я).

В целом за последние три года некоторые медико-демографические показатели стабилизировались. Как известно, в Якутии по сравнению с Российской Федерацией более высокая рождаемость и относительно низкая смертность населения.



По предварительным данным органов государственной статистики, за 2007 г. в республике родилось 15199 новорожденных, что на 1486 детей больше, чем в 2006 г. Показатель рождаемости на 1000 населения составил 15,9‰, что на 10,4% выше показателя 2006 г. По данным Минздравсоцразвития РФ, рождаемость в России за 2007 г. повысилась более чем на 8%.

Наиболее высокие показатели рождаемости зарегистрированы в Жиганском, Горном, Усть-Алданском, Эвено-Бытантайском, Амгинском, Намском, Оленёкском, Чурапчинском районах. Низкая рождаемость отмечается в Усть-Янском, Оймяконском, Нерюнгринском, Верхнеколымском районах.

За 2007 г. умерло 9224 чел., что всего на 21 случай смерти (0,2%) меньше, чем в 2006 г. Показатель общей смертности, как и в 2006 г., составил 9,7 на 1000 населения. В то же время по РФ число умерших сократилось на 4%.

Ежегодно республика теряет более 9 тыс.чел., из которых более 4 тыс. – люди трудоспособного возрас-

та. Почти каждый второй умирает от болезней системы кровообращения, каждый пятый – от несчастных случаев, отравлений и травм. Смертность от болезней системы кровообращения выросла на 2,6%, в том числе от ИБС – на 4,5, от острого инфаркта миокарда – на 22,1%. Отмечается снижение смертности от болезней крови на 55%, от врождённых аномалий – на 32,1, от болезней органов дыхания – на 13,5%. Показатель смертности от травм и внешних причин снизился всего на 5%.

Положительным достижением системы здравоохранения республики необходимо оценить наметившуюся тенденцию снижения заболеваемости населения в 2007 г. Так, показатель первичной заболеваемости впервые за последнее десятилетие снизился на 1,7%. За прошедший год по республике зарегистрировано около 1 млн 600 тыс. случаев заболевания, из них пациенты с первым установленным диагнозом составили 55% (2000 г.-55,5%). В структуре распространённости заболеваний, как и в предыдущие годы, первое место занимают болезни органов дыхания, второе – системы кровообращения, третье – органов пищеварения.

В течение последних двух лет диспансеризация населения проводилась в рамках мероприятий национального проекта «Здоровье» и приобрела вид более целевого и упорядоченного процесса. Осмотрено 68,5 тыс. работников бюджетной сферы, 79 тыс. занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами. В диспансеризации приняли участие 55 амбулаторно-поликлинических учреждений. Медицинские работники первичного звена во многом обеспечили успешную реализацию I этапа приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 гг. Для проведения диспансеризации населения, проживающего в отдалённых и труднодоступных районах, была организована выездная форма медицинских осмотров. Для этого Минздравом респуб-

лики сформированы 4 комплексные бригады специалистов из 3 республиканских больниц, которые выезжали 22 раза. Лечебными учреждениями в 2007 г. по представленным реестрам дополнительной диспансеризации и углублённых медосмотров получена сумма в 65 млн.руб. Средства, полученные за проведение дополнительной диспансеризации, направлены на оплату труда медицинских работников, приобретение расходного материала. Результаты диспансеризации показали, что наибольший удельный вес приходится на группу населения, нуждающегося в лечении в условиях амбулатории, на втором месте – практически здоровые лица, на третьем – больные с высоким риском развития заболевания, нуждающиеся в профилактических мероприятиях.

Активизация работы и повышение уровня амбулаторно-поликлинической помощи – вот основной лейтмотив реформ и модернизации здравоохранения в последние годы. Правительство и Минздрав республики, уделяя пристальное внимание оснащению лечебных учреждений наслегов, районных центров и городских поликлиник современным медицинским оборудованием, обновлению парка автомобилей станций «скорой помощи», увеличению количества поставляемых вакцин и т.д., в основном завершили модернизацию системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Следующим этапом Минздравом России объявлена модернизация системы оказания стационарной и высокотехнологичной, в частности, экстренной помощи. Частью стратегии реструктуризации является принятый в Государственной целевой программе «Охрана здоровья населения» план оптимизации круглосуточной коечной сети. Этот план начал реализовываться. По итогам 2007 г. сокращено 194 койки в участковых и районных больницах улусов, а всего подлежит сокращению или переводу на дневную форму работы – 1100 коек за 5 лет. При этом Министерство здравоохранения подходит к данному процессу не формально, а с учётом территориальных, инфраструктурных, транспортных особенностей улусов, интенсивности работы коек и, самое главное, с учётом мнения граждан, проживающих в том или ином посёлке.

Управлению организации медицинской помощи Министерства здравоохранения необходимо изучить опыт организации межрайонных (окружных) центров, отделений для оказания от-

дельных видов специализированной помощи населению прикреплённых территорий улусов, опыт работы мобильных (передвижных) медицинских бригад.

Направления реорганизации амбулаторной и стационарной помощи требуют соответствующего финансового обеспечения модернизации здравоохранения.

Программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) консолидирует и увязывает объёмы медицинской помощи и объёмы финансирования учреждений здравоохранения, действующих на территории республики, из всех источников, включая республиканские, муниципальные и ведомственные.

Объём финансирования Программы госгарантий на 2007-й г. был утверждён в сумме 10,1 млрд.руб., в том числе территориальная программа ОМС – 4,1 млрд.руб. При этом средства консолидированного бюджета составили 59,5%, средства ОМС – 40,5%.

Дефицит Программы госгарантий составил 9,2% или 1,0 млрд.руб., в том числе дефицит территориальной программы ОМС – 10,2% или 457,8 млн.руб. Несмотря на дефицит, отмечается рост финансирования в расчёте на 1 жителя республики – с 8,8 тыс.руб. в 2006 г. до 10,7 тыс.руб. в 2007 г.

По уровню расходов на 1 жителя Республика Саха (Якутия) входит в первую пятёрку регионов в России. Однако, если посмотреть структуру расходов, видно, что расходы на медицинское обслуживание снижаются. В структуре тарифов на медицинские услуги доля заработной платы составила 81,1%, а в 2008 г. – составит 83%.

Если в 2007 г. в структуре тарифов доля медикаментов составила 13%, питания – 5, мягкого инвентаря – 1%, то в 2008г. это будет 11,6; 6,3 и 0,9% соответственно. Такая регрессивная динамика свидетельствует о том, что ресурсы содержания действующей сети учреждений здравоохранения исчерпываются. Такая же ситуация сложилась и в других регионах Российской Федерации.

При этом резервы и возможности системы медицинского страхования ещё далеко не полностью использованы. Многие современные особенности развития отрасли подводят к выводу о необходимости дальнейшего совершенствования системы ОМС с выходом на принципы одноканального финансирования, фондодержа-

ния, системы персонифицированного учёта медицинских услуг, стандартов медицинской помощи для формирования нормативов финансовых затрат для оплаты стационарной помощи.

В целях поэтапного перехода на систему одноканального финансирования, ориентированного на конечный результат, Министерством здравоохранения разработаны план оптимизации коечной сети, новые подушевые нормативы финансирования и новая система оплаты труда, для реализации которых принят пакет нормативно-правовых документов.

С 1 января 2008 г. отрасль перешла на нормативное финансирование. На 2008-й год Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия) разработана по новым нормативам и составляет 9,9 млрд.руб., дефицит составляет 12,8% или 1,4 млрд.руб.

С 1 февраля 2008 г. осуществлён переход на новую систему оплаты труда. Начался эксперимент в «пилотных» ЛПУ, работающих в условиях нормативного финансирования и оплаты труда по конечному результату. Изменён механизм финансирования – поквартальный объём финансирования будет зависеть от объёмов выполнения плановых заданий. Мониторинг за выполнением объёмов оказания медицинских услуг будут вести страховые медицинские компании.

Суть перевода лечебных учреждений на отраслевую заработную плату заключается в том, чтобы создать заинтересованность медицинских работников в повышении качества и количества предоставляемых населению медицинских услуг. Механизм стимулирования заложен в самом фонде заработной платы в виде фонда стимулирования. Стимулирующие выплаты будут производиться по установленным критериям по выполнению плановых заданий Территориальной программы оказания населению РС(Я) бесплатной медицинской помощи. Плановые задания устанавливаются в целом для лечебного учреждения, в том числе для каждого медицинского работника. Одновременно с введением новых подходов нормирования, стимулирования и оптимизации для обеспечения финансовой стабилизации необходимо развивать систему добровольного медицинского страхования.

Важной задачей является обеспечение надлежащего качества, эффективности и безопасности лекарствен-

ных средств, поступающих в лечебные учреждения и аптечную сеть республики.

Одним из перспективных направлений повышения доступности современных лекарственных средств социально незащищённым слоям населения является дополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО). В республике отлажен механизм взаимодействия участников программ ДЛО, используются современные информационные технологии, позволяющие вести персонализированный учёт адресной лекарственной помощи. Обеспечение медикаментами льготных категорий граждан осуществляется через 400 аптечных организаций. В реализации программы ДЛО задействовано более 2 тыс. врачей (фельдшеров) в 593 амбулаторно-поликлинических учреждениях, выписывающих льготные рецепты по медицинским показаниям по утверждённому перечню лекарственных средств.

В 2007 г. право на дополнительную лекарственную помощь имели всего 179932 чел. (18% населения республики), в том числе по федеральной программе – 41838 чел., по обязательствам республики – 135094 (в т.ч. по республиканской программе ДЛО – 9701 чел., на уровне муниципальных образований – 125393).

Выписано и обслужено более 130 тыс. рецептов на сумму 32,5 млн.руб. В среднем на одного льготника выписано 15 льготных рецептов в год, что почти в 2 раза больше по сравнению с 2005 г. В среднем расходы на 1 льготника в 2007 г. составили 3609 руб., что в 4 раза больше показателей 2005 г.

В целом реализация программы ДЛО позволила почти в 3 раза увеличить объёмы предоставления лекарственной помощи отдельным категориям граждан. Если в 2003 г. оказана лекарственная помощь на сумму более 90 млн.руб., то в 2005 г. этот показатель возрос до 210 млн., а в 2007 г. – 294,5 млн.руб.

Программа ДЛО гарантировала обеспечение лекарственными средствами больных сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической почечной недостаточностью, онкологическими заболеваниями, заболеваниями кроветворной системы. Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, по итогам 2004 г. получили медикаменты на сумму около 5 млн.руб. Пациенты, страдающие сахарным диабетом, в 2004 г. получили медикаменты на сум-

му 8,0 млн.руб., в 2006 г. – более 25 млн.руб.

Дополнительное лекарственное обеспечение существенно повышает доступность и обеспеченность современными эффективными лекарствами при оказании амбулаторной помощи отдельным категориям граждан, а также снижает потребность населения в необоснованно дорогостоящей стационарной помощи как источнике получения бесплатных медикаментов. Поэтому ДЛО и впредь будет в центре внимания Министерства здравоохранения и других органов исполнительной, законодательной власти при реализации процессов реформирования, модернизации нашей отрасли.

Особую роль в современных условиях приобретает повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки кадров здравоохранения. В 2007 г. прошли подготовку на курсах повышения квалификации 1821 врач и 1867 специалистов среднего медицинского звена. Заметно улучшились показатели сертифицированности специалистов, с каждым годом увеличивается число врачей, имеющих квалификационные категории.

Государственный заказ на подготовку врачей кадров должен соответствовать стратегическим планам реструктуризации здравоохранения республики и Территориальной программе государственных гарантий оказания медицинской помощи населению. Данный заказ формируется и утверждается Правительством Республики Саха (Якутия). Приоритетным направлением до сегодняшнего дня является подготовка врачей для улусов республики. Одновременно в ближайшие годы необходимо включить в государственный заказ подготовку специалистов для республиканских лечебных учреждений по узким специальностям с учётом реальных потребностей населения в отдельных видах медицинской помощи.

По республике в целом укомплектованность врачами кадрами увеличилась с 71% в 2003 г. до 76,8% в 2007 г. Остаётся низкой укомплектованность врачами в улусах Арктической зоны: в Оймяконском – 43,4%, Нижнеколымском – 49, Булунском – 59, Усть-Янском – 61%.

В целом ежегодная потребность в специалистах составляет более 400 единиц. Учитывая, что около 30% работающих врачей имеют пенсионный возраст, потребность во врачебных кадрах возрастает. Медицинский институт ЯГУ ежегодно выпускает чуть

более 200 врачей, тем самым потребность во врачебных кадрах обеспечивается только на 50%, что обуславливает необходимость увеличения плана приёма студентов в ближайшие 5 лет по специальности «Лечебное дело» или размещения дополнительного госзаказа за пределами республики.

Возвращаясь к проблемам высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации, в частности и в нашей республике, хотелось бы наметить некоторые пути их решения.

Президент России В.В.Путин в своём Ежегодном послании Федеральному Собранию говорил: «Глубоко убеждён, что успех нашей политики во всех сферах жизни тесно связан с решением острейших демографических проблем. Мы не можем мириться с тем, что российские женщины живут почти на 10, а мужчины – на 16 лет меньше, чем в странах Западной Европы».

«Рано умирать...» - под таким названием был опубликован Доклад Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения, где предлагается комплексная программа решения этой проблемы. Доклад рекомендует сосредоточить усилия на экономической конкурентоспособности и смягчении социальных рисков в регионах России.

Мы сегодня также должны сказать открыто нашему населению: «Рано умирать», - и призвать всех на борьбу с преждевременной смертностью и высоким уровнем заболеваемости.

Снижения уровня смертности среди трудоспособного населения невозможно добиться только за счёт системы здравоохранения: для этого требуется комплексный подход на базе межотраслевой политики и программ. Министерство здравоохранения должно возглавить эту работу, но успеха можно будет достичь только при условии активного сотрудничества между различными министерствами – экономического развития, финансов, образования, транспорта, а также при активном участии гражданского общества, общественных объединений, семей и отдельных граждан.

Закономерным является вопрос: какой экономический эффект можно было бы ожидать в случае, если бы удалось добиться уменьшения заболеваемости и преждевременной смертности? Общий вывод аналитиков Всемирного банка и ВОЗ является однозначным: если бы в России, в её

регионах была реализована эффективная программа действий, улучшение состояния здоровья населения имело бы решающее значение для обеспечения высоких темпов экономического роста на макроэкономическом уровне.

На основании статистических расчетов возможны следующие 3 сценария развития ситуации:

– Сценарий 1. Сохранение статуса. Регистрируемый по настоящее время показатель смертности взрослого населения от неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травматизма остается неизменным вплоть до 2025 г.

– Сценарий 2. Промежуточный. В соответствии с этим сценарием предполагается, что будет реализован комплекс мер, позволяющих добиться хотя бы половины тех результатов, которые прогнозируются в наиболее оптимистичном сценарии. Здесь заложено ежегодное сокращение показателей смертности на 2,3-3,3%.

– Сценарий 3. Оптимистичный. В соответствии с этим сценарием предполагается, что комплекс мер приведет к снижению смертности от НИЗ и травматизма до уровня показателей по странам Европейского Союза. Это означает ежегодное снижение смертности на 4,6 и 6,6% соответственно.

Вышеприведенные сценарии развития ситуации актуальны и для Республики Саха (Якутия).

Минздравсоцразвития России в 2007 г. обнародовало «Основные показатели деятельности Министерства здравоохранения как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года», на которые должны ориентироваться в своей работе регионы.

Если сделать небольшой анализ, то наша республика в 2007 г. из 28 федеральных индикаторов выполнила требуемые показатели по 13 параметрам – 46%. По остальным требуется особое изучение, анализ и принятие решений:

– смертность от несчастных случаев, отравлений и травм (от внешних причин смерти) – 205,4 на 100 тыс. (РФ – 170,0);

– объем амбулаторно-поликлинической помощи – 8900 посещений на 1000 населения (РФ-9800);

– объем стационарной помощи

– 3780 койко-дней на 1000 населения (РФ 2900);

– уровень госпитализации – 27 на 100 чел. (РФ-21,5);

– длительность пребывания в круглосуточных стационарах – 14 дней (РФ-13,1);

– доля финансирования здравоохранения через систему ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения – 40,6% (РФ-45);

– запущенность онкологической патологии – 34,3% (РФ-26);

– младенческая смертность – 10,6 на 1000 родившихся живыми (РФ-9,6);

– материнская смертность – 26,3 на 100 тыс. родившихся живыми (РФ-23,8);

– удельный вес детей первой группы здоровья в общем количестве детей – 21,3% (РФ-32,0);

– первичный выход на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет – 26,8% (РФ-23,3);

– контингенты больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами – 1644,2 на 100 тыс. населения (РФ-1507,4);

– заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами – 272,5 на 100 тыс. населения (РФ-135,0).

Таким образом, реализация приоритетных направлений развития системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия) для достижения целевых показателей требует подключения новых подходов в решении данных задач, особенно межведомственного и межсекторального характера.

Приведем лишь некоторые из них:

– привлечение дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения (средства крупных хозяйствующих субъектов на территории республики, кредиты и займы Всемирного, Европейского банков реконструкции и развития под гарантии правительства республики и т. д.);

– создание новых структур по приоритетам снижения смертности в составе республиканских больниц (например, как положительный опыт расцениваем открытие кардиодиспансера в РБ №1-НЦМ; считаем необходимым открыть Отдел по предупреждению насилия и травматизма на)

базе РБ №2 – ЦЭМП; в 2008 г. наладить систему обеспечения экстренной специализированной помощью, а также систему оказания догоспитальной и госпитальной медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда и хронической ишемической болезнью сердца, систему реабилитационного лечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и от отравлений с подготовкой высококвалифицированного персонала);

– Министерству здравоохранения необходимо планировать мероприятия по упреждению формирующейся угрозы состоянию здоровья населения в связи с промышленным освоением Южной Якутии (это касается медико-экологических мер защиты населения на территориях строительства и деятельности Эльконского горно-металлургического комбината, каскада гидроэлектростанций, газопровода «Восточная Сибирь – Тихий океан»).

В 2008 г. Минздравсоцразвития России начало разработку «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на период до 2020 года», так называемую «Концепцию 2020», в которой будут учтены все позиции: и государства, и медицинских организаций, и врача, и пациента. Разработка Концепции развития здравоохранения проведена публично: с участием самых авторитетных специалистов медицинского сообщества, открыто для всего населения. В ближайшее время медицинское сообщество получит, по мнению министра РФ Т. Голиковой, реальный проект развития здравоохранения, а не «ещё один документ, лежащий на столе».

В 2008 г. в республике стоят задачи по достижению прироста внутреннего валового продукта – на 5%, промышленной продукции – на 1,6, производства сельскохозяйственной продукции – на 3,8, грузооборота – на 3,2%. Необходимо обеспечить рост реальных доходов населения на 5% к уровню 2007 г. Продолжится активная социальная и демографическая политика, реализация приоритетных национальных проектов, трансформирующихся в государственные программы. Такие громадные задачи под силу только здоровому человеку, здоровому обществу.