

УДК 614 (571.61)

Ю.А. Праскова, А.В. Лепехин

**ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ И РАЙОНОВ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Предлагаемая статья носит постановочный характер. Задача ее – обозначить наиболее явные проблемы развития сферы здравоохранения в Амурской области с целью поиска путей их оптимального решения.*

*Ключевые слова: система здравоохранения, обеспеченность населения врачами, больницами и поликлиниками, доступность и качество медицинской помощи.*

**MAIN ISSUES OF DEVELOPMENT OF HEALTH SECTOR  
IN SETTLEMENTS AND DISTRICTS OF THE AMUR REGION**

*This is a determinative article, which goal is to emphasize the most obvious problems of development of public health sector in the Amur Region in order to find ways of their solution.*

*Keywords: health care services, provision of population with doctors, hospitals and clinics, the availability and quality of medical care.*

С недавних пор здравоохранение в нашей стране официально отнесено к сфере услуг (хотя реально оно ею всегда и было). Но проблема заключается в том, что экономика социально-экономических услуг здравоохранения практически не разработана. Сюда относятся вопросы о том, как формируются затратные (в настоящее время в основном бюджетные) и результативные его части, каковы экономические критерии эффективности или неэффективности этой сферы деятельности. Ныне существуют лишь отраслевые количественные и качественные (смертность, продолжительность жизни, процент излечимости и т.д.) логотипы такой оценки на уровне государства. Но если мы относим здравоохранение как отрасль к сфере социально-экономических услуг, т.е. к экономике, то возникает насущная необходимость в получении знаний об ее экономической состоятельности.

В данной статье будут рассмотрены только общие, наиболее очевидные количественные и качественные стороны состояния сферы здравоохранения населенных пунктов, районов и городов Амурской области и показаны лишь две, как внешне это видится, глобальные проблемы – доступность и качество предоставляемых услуг.

К 2010 г. сфера здравоохранения Амурской области в целом включала 68 больничных и 174 амбулаторно-поликлинических учреждений, 42 станции «скорой помощи», 92 женских консультаций, гинекологических отделений и кабинетов, 60 детских поликлиник, отделений и кабинетов, 332 фельдшерско-акушерских пункта (ФАП). Кроме того, в нее входили 9 санаторно-курортных организаций и 2 санатория-профилактория. Функционирование всей этой системы обеспечивали 5204 врача всех специальностей и 10401 представитель среднего медицинского персонала [2].

Какие же изменения произошли в сфере здравоохранения области с начала экономических, политических и социальных реформ, т.е. с 1990 г. (дореформенный год)? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо обратиться к табл. 1 [1, 2].

Таблица 1

**Некоторые абсолютные показатели состояния сферы здравоохранения Амурской области  
(1990 – 2010 гг.)**

Показатели	Годы					2010 г. к 1990 г., %
	1990	1995	2000	2005	2010	
Число врачей всех специальностей	5061	5055	5251	5230	5204	102,8
Численность среднего медицин- ского персонала всего, чел.	10843	10879	10491	10739	10401	95,9
Число больничных коек, всего	15001	14686	13129	12419	9501	63,3
Мощность амбулаторно- поликлинических учреждений – посещений в смену, тыс.	21,0	22,7	23,5	24,3	23,2	110,5
Число ФАП	444	413	391	377	332	74,8

Из представленных в табл. 1 данных видно, что за годы реформ и после 2000 г. в больничных учреждениях области существенно уменьшилось число коек (более чем на треть), а также ФАПов (более чем на четверть), в меньшей степени – среднего медицинского персонала (менее чем на 5%). Причем, если до 2005 г. это снижение численности практически коррелировало с уменьшением населения как в области в целом [1], так и в большинстве сельских населенных пунктов, то с 2005 г. по 2010 г. такой связи уже не наблюдается [1, 2].

С другой стороны, из этой же таблицы видно, что за рассматриваемый период существенно выросла мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (более чем на 10%) и численность врачей всех специальностей (хотя население Амурской области за то же время сократилось почти на четверть). Все это отразилось на уровне обеспеченности жителей районов, городов и населенных пунктов области медицинскими услугами. С 1990 г. по 2010 г. он стал в целом выше, а по ряду объективных показателей – существенно выше, чем в 1990 г.

Информация, приведенная в табл. 2 [1, 2], свидетельствует, что за эти годы снизилась обеспеченность населения больничными койками, расположенными в больничных учреждениях (на 18,6%), но это полностью соответствует озвученному тренду по абсолютным показателям.

Таблица 2

**Обеспеченность населения Амурской области медицинским персоналом  
и объектами здравоохранения (1990 – 2010 гг.)**

Показатели	Годы					2010 г. к 1990 г., %
	1990	1995	2000	2005	2010	
Число врачей на 10 тыс. чело- век населения	47,5	49,1	56,9	59,4	62,9	132,4
Число среднего мед. персонала на 10 тыс. населения	101,7	105,6	113,7	121,9	125,7	123,6
Число больничных коек на 10 тыс. населения	141	143	142,2	141,0	114,8	81,4
Мощность амбулаторно-поли- клинических учреждений на 10 тыс. населения пос. в смену	201	220	254,2	276,1	280,5	139,6

Таким образом, в последнее 25-летие сфера здравоохранения в Амурской области, как часть сферы социально-экономических услуг, претерпела существенные изменения. Количественно она по большинству параметров уменьшилась. Это связано прежде всего со снижением численности населения региона. Однако в удельном плане (по уровню обеспеченности населения) наблюдается рост практически по всем условным показателям.

Что касается состояния и трансформации медицинских услуг поселенческого уровня (села, поселки, не райцентры) за рассматриваемый период, то прежде всего необходимо отметить: таких

данных за 1990 – 2010 гг. в официальной статистике нет. Поэтому приходится прибегнуть к информации, полученной в ходе специальных исследований, проведенных в 1985 и 2005 гг. [3, 6).

Итак, система здравоохранения на поселенческом уровне была представлена в 1985 г. в основном фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), в некоторых местах – амбулаториями (АЛ), поликлиниками (ПК) и участковыми больницами (УБ). В мелких селах это ФАП с одной медсестрой, в средних – ФАП или амбулатория с числом среднего медицинского персонала от 1 до 3, в крупных – ФАП, как правило, с тремя работающими; амбулатории имели до 5 фельдшеров и медицинских сестер; участковые больницы – до 17 медицинских работников, включая до 7 врачей.

Несколько иная ситуация сложилась в системе первичного звена здравоохранения районов области. Здесь, на первый взгляд (по крайней мере, в мелких и крупных селах и поселках), в принципе все осталось как и в 1985 г. Лишь в средних селениях присутствие данной системы стало несколько заметнее. Между тем в качественном плане наметился тренд довольно интересных изменений.

Как уже отмечалось, система первичного звена сельского здравоохранения прежде включала три элемента – ФАПы, амбулатории и участковые больницы. Но уже к 2005 г., а еще в большей степени к 2010 г. вместо ФАПов и амбулаторий в средних и крупных населенных пунктах стали появляться кабинеты врачей общей практики (КВОП). В результате к 2010 г. качество квалифицированной медицинской помощи в средних селениях по сравнению с 1985 г. выросло вдвое, а в крупных – в 2,4 раза. Пусть для первых это лишь 12% всех медицинских учреждений данной группы, но для вторых – четыре пятых вместо трети, что не так мало [4].

Таким образом, в течение последних 25 лет система здравоохранения первичного уровня сельской местности в количественном плане практически не изменилась. А вот в качественном отношении наметилось довольно серьезное улучшение предоставления медицинских услуг жителям, проживающим в данной местности.

Теперь о доступности медицинской помощи. Нет, речь пойдет не о высокотехнологичных услугах, оказываемых на уровне регионального центра и в межрегиональных клиниках федерального масштаба, когда люди месяцами, а иногда годами стоят в очереди на операцию, и не о доступности районных и участковых больниц, кабинетов врачей общей практики и ФАПов, до которых часто трудно не только добраться, но и дозвониться (нет транспортного сообщения и связи). Главной проблемой существующей системы здравоохранения является сложность, а зачастую и невозможность получить экстренную медицинскую помощь.

Официально считается, что основными причинами смертности являются заболевания сердечно-сосудистой системы, за ними идут онкологические заболевания, проблемы дыхания и дальше по списку. А на самом деле, исключая онкологию (тема относится к проблеме качества предоставляемых медицинских услуг), на первом месте, далеко опережая все другие причины смертности, в нашей стране стоит неоказание экстренной медицинской помощи. Более 50% смертей от полученных бытовых, производственных травм и при авариях на дорогах – как раз результат неоказания элементарной экстренной медицинской помощи. Болевой шок, остановка работы органов дыхания, обильное кровотечение – вот основные причины смерти в таких случаях [7, 8]. Фатальный исход можно было бы предотвратить, если бы пострадавшим была оказана помощь до прибытия «скорой». А кто ее будет оказывать? Все сказанное можно отнести также к острым приступам ишемической болезни, инфарктам, инсультам, случаям резкого повышения (понижения) кровяного давления, к внезапным перебоям работы органов дыхания и т.д., когда на решение проблемы жизни и смерти зачастую отводятся считанные минуты.

В районах Амурской области 7,1% населения живет в населенных пунктах, где отсутствует какая-либо медицинская помощь (это 31,9% всех населенных пунктов области) [4]. Практически все они относятся к категории периферийных сел, со средним расстоянием до центра муниципального образования, где находится или ФАП, или кабинет врача общей практики, или участковая больница,

до 12 км, и со средним расстоянием до райцентра (до «скорой помощи») – 53,9 км [5]. Вот и получается, что при отсутствии транспорта, чтобы добраться до ближайшей медицинской точки пешком, потребуется в среднем 2,5-3 часа, «скорая» прибывает к пострадавшему (больному) в среднем не менее чем через час (а как уже отмечалось, счет между жизнью и смертью идет иногда на минуты). Поэтому, резюмируя, можно сказать, что часть населения районов Амурской области лишена возможности получать экстренную медицинскую помощь. Это никак не способствует достижению поставленной Президентом РФ В.В. Путиным на заседании Госсовета в 2008 г. общенациональной цели – добиться, чтобы средняя продолжительность жизни россиян к 2020 г. составила 75 лет.

Теперь коснемся качества медицинских услуг. Речь здесь будет идти не о состоянии материальной базы, наличии или отсутствии кадров, а о субъективных моментах – качестве медицинского персонала. С этим все обстоит не лучшим образом. Качество медицинской помощи зависит в первую очередь от диагностики. По данным Министерства здравоохранения РФ, примерно 25% всех диагнозов в нашей стране ошибочны, причем на периферии (в регионах и районах) эти ошибки могут составлять уже 40% [9].

В последнее время резко возросло количество случаев врачебной халатности, потери медработниками нравственных ориентиров, что может привести к прямому преступлению. Так, с начала 2000-х гг. показатели младенческой смертности в г. Зее и Зейском районе вдруг стали резко улучшаться. Через год всё прояснилось. Чтобы улучшить показатели, районная больница пошла на следующий шаг: если после УЗИ возникали опасения по поводу состояния плода (не совсем так формируется или не совсем так лежит, и т.д.), мать уговаривали сделать «социальный» аборт.

От чего зависит качество предоставляемых медицинских услуг? От качества вузовского и послевузовского образования врачей и наличия надлежащей материальной базы. В настоящее время медицина – это высокотехнологичная отрасль, где новые лечебные и технические нововведения появляются практически ежегодно. К сожалению, осваиваются они зачастую с большим опозданием или не осваиваются вовсе.

До 90-х годов прошлого века практически все врачи области раз в пять лет проходили стажировку (обучение) в центральных клиниках страны, где знакомились с современными методиками и технологиями, применяемыми в практике врачебной деятельности. Это приносило ощутимые плоды. Аспиранты и докторанты нашего медвуза направлялись в ведущие медицинские центры, здесь они проводили исследования, защищали кандидатские и докторские диссертации. Сейчас ситуация изменилась. Вместо стажировки в ведущих клиниках страны – факультет повышения квалификации мед-академии, где преподают те, кто защитился здесь же, и практикующие врачи, закончившие этот же медвуз. Круг замкнулся. Но медикам, как, впрочем, и другим специалистам, нельзя вариться в собственном соку, иначе ни о каком качестве медицинских услуг не стоит вести речь.

---

1. Паспорт. Показатели социально-экономического развития Амурской области. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Амурской области. – Благовещенск, 2011.

2. Амурский статистический ежегодник. Амурский областной комитет государственной статистики. – Благовещенск, 2001.

3. Рябченко, В.И., Моисеенко, В.Г., Айнварг, Е.С. Исследования проблем развития социальной инфраструктуры Амурской области на период до 2000 года. – Этап 1. Анализ градостроительной изученности и социальной обеспеченности населенных пунктов Амурской области. – Благовещенск: РИО «Амурпрполиграфиздат», 1986.

4. Паспорта районов за 2010 г. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Амурской области. – Благовещенск, 2011.

5. Мотрич, Е.Л., Лепехин, А.В., Лазарева, В.В. Население Амурской области по городам, поселкам городского типа, сельским населенным пунктам и населенным местам (1889-2010 гг.). Справочник. – Благовещенск: Изд-во АмГУ, 2015.

6. Паспорт муниципального образования. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Амурской области. – Благовещенск, 2006.
7. Корнилов и др. Травматология: Практическое руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 237 с.
8. Назаренко, Н.В., Дорофеев, Ю.Ю., Комеда, В.Б., Шадымов, А.Б. Анализ смертности от транспортных травм в Алтайском крае в 2000-2012 гг. // Медицинская экспертиза и право. – 2014.
9. Концепция развития службы лабораторной диагностики в Российской Федерации. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г., № 1202-р.

УДК 338.4 (571.61)

**М.В. Зинченко, И.А. Лепехин**

### **НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ БЫТОВЫХ УСЛУГ, А ТАКЖЕ УСЛУГ ТОРГОВЛИ, ТРАНСПОРТА И СВЯЗИ РАЙОНОВ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*В статье рассмотрена сфера услуг, а точнее, – бытовые услуги, услуги торговли, транспорта и связи, предоставляемые жителям поселков и сел районов Амурской области.*

*Ключевые слова: население, населенные пункты, услуги торговли, транспорта и связи, бытовые услуги.*

### **SOME ISSUES OF UTILITIES SERVICES DEVELOPMENT, DEVELOPMENT OF TRADE, TRANSPORT AND COMMUNICATION IN THE AMUR REGION'S DISTRICTS**

*In this article we discuss the scope of services, specifically utilities services, trade, transport and communications, provided to the residents of towns and villages of the Amur Region's districts.*

*Key words: population, settlements, services of trade, transport and communications, utilities services.*

Объединение на первый взгляд довольно различных видов услуг кажется не совсем верным. Однако это не так. Их соединяет одно обстоятельство – техническая возможность пользоваться ими эпизодически. И действительно, при наличии в доме холодильника совсем не обязательно ежедневно посещать магазин и поломка холодильника, других электро- и радиоприборов происходит не каждый день, как и возникшая необходимость в ремонте обуви и транспортных средств. Люди ежедневно не посещают парикмахерские, не ездят в районный центр, не испытывают потребности в заготовке дров (угля) и сена. Поэтому механизм предоставления этих услуг и может носить эпизодический характер.

Рассмотрим конкретные виды деятельности (виды услуг).

#### **Бытовые услуги населению**

В советское время система оказания бытовых услуг жителям населенных пунктов районов области носила двухуровневый характер. В райцентрах находились дома быта (ДБ) или комбинаты бытового обслуживания (КБО). Они были открыты и в наиболее крупных поселках и селах, а на уровне населенных пунктов действовали комплексные приемные пункты (КПП). Последние к 1985 г. были размещены в 35,1% всех поселков и сел районов области. При этом 80% их приходилось на центры муниципальных образований, из которых в 64,4% имелись или КПП, или КБО, или ДБ [1].