

Розинов В.М., Ваганов Н.Н., Горбачев О.С.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ В РОССИИ – ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ОПТИМИЗАЦИИ

ФГБУ «РДКБ» Минздрава России;
НИИ хирургии детского возраста ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Rosinov V.M., Vaganov N.N., Gorbagov O.S.

PEDIATRIC SURGERY IN RUSSIA – PRELIMINARY RESULTS OF OPTIMIZATION

Federal State Budgetary Institution 'Russian Pediatric Clinical Hospital' of the Russian Health Ministry;
Research Institute of Pediatric Surgery of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education 'Pirogov Russian National Research Medical University' of the Russian Health Ministry

Резюме

Представлены результаты мониторинга обеспеченности детского населения России кадрами специалистов хирургического профиля и специализированными койками в 2010–2015 гг., соответственно периоду реформ здравоохранения, именуемому оптимизацией. Констатированы тенденции в масштабе страны, федеральных округов и субъектов Российской Федерации. Показано, что сокращение численности специалистов и количества коек хирургического профиля, проводимое без должного научного обоснования, содержит не только риски снижения доступности специализированной медицинской помощи детям, но также не соответствует концепции национальной безопасности. Обоснована необходимость разработки нормативно-правовой базы, регламентирующей территориальное планирование системы медицинской помощи детям, в зависимости от географических, демографических, транспортных, инфраструктурных особенностей регионов.

Ключевые слова: детская хирургия, доступность медицинской помощи, обеспеченность кадрами специалистов, коечный фонд, мониторинг индикаторов в здравоохранении

Abstract

The results of monitoring of provision of Russian children with surgical specialists and specific beds in 2010–2015 in accordance with the period of healthcare reforms referred to as optimization are submitted. Tendencies in the country, federal districts and constituent units of the Russian Federation are stated. It is indicated that reduction in the number of specialists and surgical beds carried out without proper scientific substantiation doesn't only contain risks of decreased availability of specialized medical aid rendered to children but also fails to correspond to the concept of national safety. The necessity of development of regulatory framework regulating territorial planning of the system of medical aid to children depending on geographical, demographic, transport and infrastructure peculiarities of the regions is substantiated.

Key words: pediatric surgery, availability of medical aid, specialist density, bed fund, monitoring of healthcare indicators.

Актуальность

Проблема мониторинга основных индикаторов отечественной системы здравоохранения, важнейшими из которых являются доступность и качество медицинской помощи, в актуальной ситуации не может рассматриваться как прерогатива чинов-

ников Минздрава России и иных руководителей органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации. Необходимо учитывать позиции профессиональных сообществ (ассоциаций, союзов, объединений), члены которых принципиальны в оценке условий и результатов своего тру-

да, перспективах и кадровом резерве специальности. Интересы различных общественных движений и политических партий, пациентских и правозащитных организаций также фокусируются на доступности и качестве медицинской помощи как показателях социального благополучия и согласия, векторе изменений атмосферы в социуме.

Селекция дефиниций «доступность» и «качество», применительно к медицинской помощи (медицинским услугам), представляется неразрешимой проблемой, т.к. надлежащее качество медицинской помощи предполагает ее доступность. Кроме того, в профессиональной среде отсутствует согласованное представление о том, что следует понимать под «качеством медицинской помощи». В то же время определение «доступность медицинской помощи» формализуется на основе ряда критериев, включающих кадровые, инфраструктурные, географические, транспортные, экономические и т.д., соответственно ст. 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1].

Методы исследования

Руководствуясь стремлением объективно оценить ситуацию с доступностью специализированной (детская хирургия) медицинской помощи, предметом исследования мы определили показатели динамики обеспеченности детского населения хирургическими кадрами и профильными койками. Мониторинг данных индикаторов является, по нашему мнению, важнейшим и объективным условием своевременного выявления тенденций, обоснования необходимых управленческих решений, формирования консолидированной позиции в профессиональной среде, законотворческих инициатив.

Необходимо указать, что нормативы обеспеченности не разработаны и действующим Порядком не регламентированы [2]. В качестве «точки отсче-

та» были приняты результаты исследования, опубликованные в 2010 году [3]. Прошедший 5-летний период ознаменовался существенными изменениями в порядке организации и оказания медицинской помощи, обусловленными кризисными явлениями в экономике страны, переходом к одноканальной (страховой) системе финансирования здравоохранения, его неоднозначной оптимизацией.

В исследовании учитывались врачи, имеющие первичную специализацию по детской хирургии (независимо от дальнейшей дополнительной подготовки, профессиональной переподготовки), а также травматологи-ортопеды, оказывающие хирургическую помощь детям в медицинских организациях и отделениях педиатрического профиля. При расчетах нами была учтена численность специалистов высшей школы, последипломного образования и научно-исследовательских институтов, работающих на базах медицинских организаций педиатрического профиля либо располагающих в структуре отделениями детской хирургии, детской ортопедии-травматологии, детской нейрохирургии, детской челюстно-лицевой хирургии и т.д. Данный показатель, так же как количество профильных коек, установлен путем анкетирования главных внештатных специалистов (детских хирургов) субъектов Российской Федерации. В исследовании использованы статистические данные информационно-аналитического обзора основных показателей работы областных, краевых, республиканских, окружных детских больниц России [4].

Результаты

Число специалистов, оказывающих хирургическую помощь детям, развернутый профильный коечный фонд, а также показатели обеспеченности специалистами и профильными (хирургическими) койками детского населения в Российской Федерации в 2015 году представлены в табл. 1.

В соответствии с представленными данными, обеспеченность детского населения кадрами специа-

Таблица 1. Обеспеченность детского населения Российской Федерации специалистами и профильными (хирургическими) койками

Детское население России	Число хирургов	Кол-во коек	Обеспеченность на 10 000 детей			
			хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
27 374 352	4473	17 924	1,6	-3,0	6,5	-26,6

Таблица 2. Обеспеченность детей в федеральных округах Российской Федерации специалистами и профильными койками

Федеральный округ	Обеспеченность на 10000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Центральный	1,8	-10,5	7,6	-37,2
Северо-Западный	1,7	-22,3	9,1	-30,9
Южный	2,1	4,0	6,7	-15,5
Северо-Кавказский	1,1	1,2	4,8	-3,4
Приволжский	1,6	-18,2	6,0	-27,0
Уральский	1,5	3,7	4,0	-13,8
Сибирский	1,7	-16,8	6,9	-24,2
Дальневосточный	1,4	-13,6	6,1	-27,6

листов составила для России в среднем 1,6 на 10 тысяч детей, что на 3,0% ниже, чем аналогичный показатель, достигавший значения 1,8 в 2010 году. В части обеспеченности профильными койками сокращение общероссийского коечного фонда сказалось более существенно и достигло 26,6%.

Динамика показателей обеспеченности детского населения в федеральных округах Российской Федерации специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 2.

Сохраняются существенные различия в обеспеченности детского населения специалистами и профильными койками по федеральным округам. Обеспеченность кадрами в Южном, Центральном и Северо-Западном федеральных округах более чем в 1,5 раза превышает соответствующий показатель в Северо-Кавказском федеральном округе. Обеспеченность койками в Уральском федеральном округе более чем вдвое ниже по сравнению с Северо-Западным федеральным округом.

Принципиальное отличие представленных в таблице индикаторов доступности медицинской помощи сводится к тому, что вектор изменений в части коечного фонда однонаправленно указывает на снижение, а обеспеченность специалистами в Южном, Северо-Кавказском и Уральском федеральных округах возросла. Траектория позитивных изменений в данных федеральных округах различна. В Северо-Кавказском федеральном округе феномен улучшения кадровой ситуации обусловлен исходно критически низкими индикаторами обе-

спеченности в двух субъектах – Республика Ингушетия и Чеченская республика, где дополнительное трудоустройство даже 3–4 специалистов наглядно изменяет статистические показатели. В то же время в Уральском федеральном округе позитивная тенденция связана с интенсивным развитием системы хирургической помощи детям в Свердловской области. Необходимо отметить, что в указанных федеральных округах констатируется также минимальное снижение показателя обеспеченности профильными койками. Максимальные цифры снижения обеспеченности детей койками характерны для двух «столичных» федеральных округов, устойчиво занимающих лидирующие позиции, что обусловлено прежде всего концентрацией в них федеральных медицинских организаций – университетов, научно-исследовательских институтов и научно-практических центров.

Кадровая ситуация и обеспеченность профильными койками в различных федеральных округах исследована в разрезе отдельных территорий – по субъектам Российской Федерации.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Центрального федерального округа (ЦФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 3.

В среднем по ЦФО обеспеченность детей специалистами составила 1,8, а профильными койками 7,6, что незначительно превышает соответствующие общероссийские показатели.

Таблица 3. Обеспеченность детей в ЦФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Белгородская обл.	1,8	-8,8	7,2	-33,4
Брянская обл.	1,0	-34,8	6,4	-11,7
Владимирская обл.	1,3	-7,1	3,9	-7,2
Воронежская обл.	2,7	90,0	9,4	-4,5
Ивановская обл.	3,1	28,9	7,3	-10,0
Калужская обл.	1,5	52,4	4,5	7,3
Костромская обл.	1,1	37,2	7,6	-36,3
Курская обл.	2,6	144,9	4,1	34,4
Липецкая обл.	2,1	60,2	6,7	8,7
Московская обл.	1,0	-2,2	8,2	-1,0
Орловская обл.	3,0	160,3	11,0	22,4
Рязанская обл.	2,4	-32,2	7,9	-32,9
Смоленская обл.	1,3	5,7	3,8	51,0
Тамбовская обл.	1,7	28,1	7,3	-41,1
Тверская обл.	2,9	34,0	12,9	43,5
Тульская обл.	1,3	38,1	5,8	-47,4
Ярославская обл.	3,0	-15,5	9,4	-31,1
Москва	1,7	-47,4	7,8	-65,7

Снижение уровня обеспеченности детского населения специалистами и койками в ЦФО носило более выраженный характер, чем изменения соответствующих показателей по стране в целом, однако общая тенденция в отдельных территориях отсутствовала.

Более чем в половине (11) субъектов Российской Федерации, локализованных в ЦФО, обеспеченность специалистами за истекшие пять лет возросла. Наиболее существенные позитивные кадровые изменения отмечались в Курской и Орловской областях. При этом в Орловской области успешно реализуются системные инфраструктурные преобразования педиатрического звена территориального здравоохранения – к областной детской больнице присоединен перинатальный центр и сформирован «Орловский научно-клинический многопрофильный центр им. З.И. Круглой». В Курской области

констатируется очевидная разбалансированность показателей обеспеченности специалистами (2,6) и профильными койками (4,1), что косвенно свидетельствует о нестандартных управленческих решениях либо своеобразии территориальной системы учета и отчетности.

Критически низкий (1,0) уровень обеспеченности специалистами сохраняется в Брянской и Московской областях. В Московской области депрессивное значение данного индикатора нивелируется территориальной доступностью столичных медицинских организаций, а перспективы определяются инициированной губернаторской программой привлечения медицинских специалистов. В Брянской области актуальная кадровая ситуация дополнительно омрачается выявленной тенденцией – снижение индикатора обеспеченности детского населения специалистами достигло

34,8% к 2010 году, что втрое выше, чем в среднем по ЦФО.

Снижение обеспеченности детей профильными койками констатировано в 2/3 территорий (12 субъектов РФ) ЦФО. Наиболее масштабное сокращение профильного коечного фонда затронуло Москву, что, впрочем, не привело к снижению доступности стационарной хирургической помощи детям.

Наиболее высокий (12,9) показатель обеспеченности детей профильными койками в Тверской области. В этом регионе данный индикатор логично соотносится с высоким (2,9) уровнем обеспеченности специалистами и интенсивным ростом показателей доступности специализированной медицинской помощи.

Максимально низкая (3,8) обеспеченность койками в Смоленской области – вдвое ниже среднего показателя по ЦФО. Необходимо указать, что представленный уровень обеспеченности был достигнут в результате повышения индикатора на 51% по отношению к результатам исследования в 2010 году.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Северо-Западного федерального округа (СЗФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 4.

В среднем по СЗФО обеспеченность детей специалистами составила 1,7, а профильными койками

9,1, что незначительно превышает соответствующие общероссийские индикаторы в части кадровой насыщенности и существенно по развернутому коечному фонду.

Высокие показатели кадровой обеспеченности установлены в Республике Карелия, Архангельской области, Санкт-Петербурге. При этом позитивная динамика обеспеченности детского населения хирургами констатирована только в Архангельской области, где практически на четверть возрос соответствующий индикатор. Существенно ниже средних значений в СЗФО показатели Псковской, Калининградской, Ленинградской и Вологодской областей. При этом в Вологодской и Калининградской областях наблюдается выраженная негативная динамика кадровой обеспеченности.

Максимальные значения обеспеченности профильными койками сохраняются в Республике Коми и Санкт-Петербурге. В Республике Коми эта тенденция определяется эффективной маршрутизацией лечебно-эвакуационных потоков с сохранением «опорных» отделений детской хирургии, рассредоточенных по территории. Высокая обеспеченность профильными койками в Санкт-Петербурге обеспечивается прежде всего дислокацией в городе различных медицинских организаций федерального подчинения. В то же время в Вологодской области, лидирующей по темпам сокращения коечного

Таблица 4. Обеспеченность детей в СЗФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Республика Карелия	2,5	-7,3	5,7	-41,4
Республика Коми	1,8	1,2	15,0	-10,1
Архангельская обл.	2,2	23,5	7,6	12,9
Вологодская обл.	1,3	-49,4	3,9	-47,3
Калининградская обл.	1,1	-43,8	7,4	-10,8
Ленинградская обл.	1,1	11,9	4,3	-2,4
Мурманская обл.	1,4	2,3	7,8	47,0
Новгородская обл.	1,8	-26,6	8,7	-3,9
Псковская обл.	1,0	-19,2	6,4	-20,6
Ненецкий АО	н/д	н/д	н/д	н/д
г. Санкт-Петербург	2,1	-32,6	13,1	-46,5

Таблица 5. Обеспеченность детей в ЮФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Республика Адыгея	1,9	34,3	7,7	-33,6
Республика Калмыкия	0,8	3,4	5,4	-67,3
Краснодарский край	2,2	-7,3	5,4	-23,4
Астраханская область	2,2	-0,1	7,5	-36,1
Волгоградская область	2,0	-0,7	9,4	6,8
Ростовская область	2,2	25,3	6,6	7,2

Таблица 6. Обеспеченность детей в СКФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Республика Дагестан	1,1	-1,9	5,8	-3,0
Республика Ингушетия	0,5	90,5	2,3	8,9
Кабардино-Балкарская республика	0,8	-26,9	6,2	-27,3
Карачаево-Черкесская республика	0,7	-40,4	3,7	-16,9
Республика Северная Осетия-Алания	2,5	7,4	8,7	-12,3
Чеченская республика	0,8	53,0	4,7	52,5
Ставропольский край	1,2	-7,2	2,8	-19,8

го фонда, обеспеченность профильными койками в 2,5 раза ниже среднего показателя в данном федеральном округе.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Южного федерального округа (ЮФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 5.

В среднем по ЮФО обеспеченность детей специалистами составила 2,1, что является лучшим показателем в России, а профильными койками 6,5 – соответственно среднему индикатору в стране. При этом обеспеченность кадрами специалистов в Республике Калмыкия одна из самых низких в субъектах Российской Федерации. Необходимо учитывать, что системы здравоохранения подавляющего большинства территорий ЮФО, прежде всего Краснодарского края, испытывают «пиковые» нагрузки в каникулярный период, обусловленные массовой сезонной миграцией детского населения.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 6.

Кадровая ситуация в данном федеральном округе является худшей среди всех регионов России – обеспеченность специалистами составляет 1,1 на 10 тыс. детского населения. Чрезвычайно низка обеспеченность кадрами в Республике Ингушетия, Карачаево-Черкесской, Кабардино-Балкарской и Чеченской республиках. Однако значительный прирост кадров хирургов констатируется в Республике Ингушетия и Чеченской республике, что несомненно свидетельствует о социально ориентированной политике республиканских властей и благоприятных перспективах при сохранении тенденции.

Обеспеченность профильными койками в СКФО (4,8) также является одной из наиболее

Таблица 7. Обеспеченность детей в ПрФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Республика Башкортостан	2,9	-23,3	7,6	-18,1
Республика Марий Эл	2,0	18,2	7,8	-30,7
Республика Мордовия	2,3	-30,2	10,0	-9,8
Республика Татарстан	1,3	-21,2	3,0	-73,1
Удмуртская республика	0,7	-48,7	4,2	-40,2
Чувашская республика	1,4	-21,2	9,3	-3,7
Пермский край	0,8	-23,0	4,1	67,4
Кировская обл.	0,8	-20,1	2,9	-39,1
Нижегородская обл.	0,8	-22,9	4,3	-32,8
Оренбургская обл.	0,8	-27,0	5,0	-19,6
Пензенская обл.	1,2	-0,4	5,1	-49,1
Самарская обл.	3,3	27,2	11,8	-4,4
Саратовская обл.	1,1	-33,4	6,4	3,9
Ульяновская обл.	0,5	-71,8	4,2	-51,1

низких в Российской Федерации, при этом увеличение коечного фонда наблюдается только в Республике Ингушетия и Чеченской республике, где введена в строй республиканская детская больница в г. Грозном.

Наиболее высокие показатели обеспеченности кадрами и койками в Республике Северная Осетия-Алания. Необходимо учитывать, что на педиатрическое звено здравоохранения данного субъекта РФ приходится дополнительная нагрузка по оказанию специализированной, в т. ч. хирургической, медицинской помощи детям сопредельных территорий, включая Южную Осетию.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Приволжского федерального округа (ПрФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 7.

В среднем кадровая ситуация в ПрФО (1,6) соответствует статистическим показателям в Российской Федерации. Наиболее высокие показатели обеспеченности кадрами относятся к Башкирской республике, Республике Марий Эл, Республике Мордовия и Самарской области. Ряд территорий – Удмуртская республика, Пермский край, Кировская

область, Нижегородская, Оренбургская и Ульяновская области характеризуются уровнем кадрового обеспечения существенно ниже общероссийского. Удручает «исполнительская дисциплина» органов управления здравоохранения в указанных территориях – темпы сокращения кадрового состава наиболее высокие в ПрФО.

Средняя обеспеченность детского населения ПрФО профильными койками (6,0) ниже российского индикатора. При этом существенные различия характеризуют отдельные территории – в Кировской области данный индикатор в 4 раза ниже, чем в Самарской области. Следует указать, что общая тенденция в ПрФО – снижение количества коек, что констатировано в 12 из 14 территорий округа. Высокая обеспеченность профильными койками (превышающая общероссийский показатель) сохраняется в Республике Башкортостан, Республике Марий Эл, Республике Мордовия, Чувашской республике и Самарской области.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Уральского федерального округа (УФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 8.

Таблица 8. Обеспеченность детей в УФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Курганская область	2,5	-14,3	3,6	-48,4
Свердловская область	2,0	45,5	6,7	-4,5
Тюменская область	1,2	-14,3	2,1	-64,8
Челябинская область	0,8	-20,4	1,2	-41,6
Ханты-Мансийский АО	1,8	0	6,4	-17,3
Ямало-Ненецкий АО	0,1	-94,7	0,5	-4,0

Таблица 9. Обеспеченность детей в СФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Республика Алтай	1,6	-39,4	7,5	-14,6
Республика Бурятия	1,4	1,8	3,9	-3,3
Республика Тыва	1,1	38,6	3,6	5,6
Республика Хакасия	1,1	10,2	4,1	-2,7
Алтайский край	1,7	11,4	6,7	4,4
Забайкальский край	1,0	8,2	6,3	-44,9
Красноярский край	1,3	29,4	5,2	-9,6
Иркутская область	2,1	6,9	10,3	-2,3
Кемеровская область	2,3	23,2	3,6	-58,4
Новосибирская обл.	1,1	-75,1	6,9	-35,6
Омская область	2,4	-8,0	12,5	-22,2
Томская область	2,3	-20,9	10,0	-20,9

В УФО анализируемые индикаторы ниже средних по России, а показатель обеспеченности детского населения профильными койками является самым низким в стране. Подавляющее большинство территорий Уральского федерального округа характеризуются кадровой обеспеченностью существенно ниже среднего по России показателя. Только в Свердловской области и Ханты-Мансийском автономном округе сохраняется должный уровень обеспеченности в сочетании со сбалансированным соотношением числа специалистов и количества коек. Необходимо указать, что в Свердловской области за последние 5 лет отмечается рост численности специалистов, один из наиболее высоких в России.

Следует учитывать, что кадровый дефицит и низкая обеспеченность профильными койками более чем в половине территорий данного федерального округа усугубляются географической протяженностью территорий и низкой плотностью населения.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Сибирского федерального округа (СФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 9.

В СФО показатели обеспеченности детского населения специалистами и профильными койками выше, чем в среднем по Российской Федерации. Наиболее высокие показатели кадровой обеспечен-

Таблица 10. Обеспеченность детей в ДФО специалистами и профильными койками

Субъект РФ	Обеспеченность на 10 000 детей в 2015 г.			
	хирургами	в % к 2010 г.	койками	в % к 2010 г.
Республика Саха (Якутия)	1,5	44,4	4,1	-35,2
Камчатский край	1,4	-37,6	5,9	-3,8
Приморский край	1,6	-5,0	7,3	-22,9
Хабаровский край	1,0	-46,4	4,4	-50,5
Амурская область	3,1	31,6	10,7	-11,9
Магаданская область	2,0	5,9	6,7	-24,4
Сахалинская область	1,1	85,7	2,8	-31,6
Еврейская АО	0,5	-30,2	7,6	-2,3
Чукотский АО	0,8	-50,8	0	0

ности в Иркутской, Кемеровской, Томской, Омской областях. В обвальном порядке (– 75,1%) утратила лидирующие позиции Новосибирская область, где в соответствии с результатами предшествующего исследования обеспеченность кадрами была самой высокой в Российской Федерации. В Республике Тыва, Республике Хакасия и Забайкальском крае показатели обеспеченности детского населения специалистами существенно ниже, чем в среднем по Российской Федерации. Общую тенденцию изменений обеспеченности профильными койками отражает снижение данного показателя в 11 из 12 субъектов РФ, формирующих СФО. Характеризуя контрасты отдельных территорий округа, достаточно указать, что число детских хирургов (в расчете на 10 тыс. детского населения) в Забайкальском крае в 2,4 раз ниже по сравнению с Омской областью, а обеспеченность койками в Республике Тыва и Кемеровской области соотносятся с индикатором Омской области, как 1:3,5.

Динамика показателей обеспеченности детского населения территорий Дальневосточного федерального округа (ДФО) специалистами и профильными койками в период 2010–2015 гг. представлена в табл. 10.

В ДФО актуальные показатели обеспеченности специалистами (1,4) и профильными койками (6,1) ниже, чем в среднем по Российской Федерации.

Контрасты кадровой обеспеченности отдельных территорий округа иллюстрируются много-

кратным (3–6 раз) различием Амурской области с Еврейской АО и Чукотским АО. В последних территориях критически низкие уровни обеспеченности кадрами специалистов являются недостаточными для организации круглосуточной экстренной хирургической помощи. В то же время существенные позитивные изменения характеризуют ситуацию в Республике Саха (Якутия), Амурской и Сахалинской областях.

Сокращение профильного коечного фонда от 2,3% до 50,5% констатируется по всем территориям ДФО, за исключением Чукотского АО, где детские хирургические койки не предусмотрены.

Устойчивой тенденцией оптимизации здравоохранения в стране является концентрация специалистов и профильных коек в медицинских организациях субъектов Российской Федерации – областных, краевых, республиканских и окружных детских больницах (ОКРОДБ) – табл. 11.

В соответствии с представленными данными, в головных больницах субъектов Российской Федерации сконцентрировано от трети до половины специализированных хирургических коек. Учитывая центростремительную тенденцию, следует прогнозировать проблемы транспортного и кадрового ограничения доступности специализированной хирургической помощи детям, проживающим вне столиц субъектов, прежде всего в сельских районах.

Таблица 11. Структура коечного фонда ОКРОДБ (хирургического профиля) в 2014 г.*

Специализация коек	Количество коек	Доля (в %) в структуре детских больниц Минздрава России
Хирургические	2113	31,7
Нейрохирургические	590	39,6
Торакальные	130	43,8
Гнойные	513	31,6
Урологические	1203	52,2
Травматологические	1433	36,0
Ортопедические	867	40,3

*Представлены данные 2014 года, в связи тем, что в 3 субъектах Российской Федерации (Орловская область, Красноярский край и Республика Калмыкия) в 2015 году бывшие областная, краевая и республиканская больницы были реорганизованы соответственно в «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи детям и матерям им. З.И. Круглой», «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», «Республиканский детский медицинский центр».

Обсуждение

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о существенном снижении индикаторов, характеризующих обеспеченность детского населения России кадрами специалистов хирургического профиля и соответствующим коечным фондом. Очевидно, что данные мониторинга позволяют констатировать направленность (вектор) процесса, но не конечный результат. Сокращение кадров специалистов и профильных коек обусловлено объективными, прежде всего экономическими, причинами и необходимостью структурных изменений здравоохранения.

Принципиальным является вопрос о связи установленных депрессивных тенденций и риска снижения доступности специализированной медицинской помощи по профилю «детская хирургия» детскому населению страны. Следует понимать, что прямые причинно-следственные связи снижения обеспеченности и ограничения доступности не являются обязательными. В Республике Татарстан обеспеченность детей койками ниже общероссийского индикатора более чем в 2 раза, при том что доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи является общепризнанной. В Республике лимит коечного фонда компенсируется рациональной маршрутизацией потоков больных, эффективной организацией диагностических и лечебных мероприятий, развити-

ем стационарзамещающих технологий, системной компьютеризацией здравоохранения.

Существовавшая в прежние годы сеть профильных отделений (выделенных коек) в структуре медицинских организаций (районные, центральные районные, городские больницы) неуклонно редуцируется. Таким образом ограничивается доступность специализированной медицинской помощи детям, прежде всего в сельской местности, где отсутствует медицинская инфраструктура [5].

В связи с вышеизложенным существенно возрастает значение областных, краевых, республиканских, окружных детских больниц в организации лечебно-эвакуационного обеспечения детей, первично госпитализированных на непрофильные койки медицинских организаций общей сети. Однако только треть ОКРОДБ располагает необходимыми структурированными силами и средствами – реанимационно-консультативные центры, отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

Таким образом, сформировались высокие риски ограничения доступности специализированной медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями и травмами, обусловленные географическими, транспортными, кадровыми и инфраструктурными факторами. Необходимые упреждающие и компенсирующие мероприятия своевременно реализованы не были.

Безусловно, реформы здравоохранения, именуемые «оптимизацией» и ориентированные прежде всего на интенсификацию работы отрасли, должны учитывать реальные угрозы в форме масштабных стихийных бедствий, техногенных катастроф, террористических актов, вооруженного противостояния. В рассматриваемых условиях необоснованное соответствующими расчетами сокращение численности специалистов хирургического профиля и развернутого коечного фонда (с учетом т. н. «резервных» коек) усиливает угрозы национальной безопасности [5].

Заключение

Актуальная задача предупреждения дальнейших негативных последствий процесса оптимизации обусловлена необходимостью экстренной разработки нормативно-правовой базы, регламентирующей территориальное планирование системы этапной, в т. ч. неотложной специализированной медицинской помощи детям, в зависимости от плотности расселения, транспортной доступности («плеча эвакуации»), иных географических, демографических, инфраструктурных особенностей регионов.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // 23 ноября 2011 г. Российская газета. Федеральный выпуск № 5639 (263).
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 11.11.2010 № 1007н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях» // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12081595/>.
3. Хирургическая помощь детям России // Рос. вестник дет. хирургии, анестезиолог., реанимат., 2010. № 1. С. 7–14 (Розинов В. М., Ваганов Н. Н.).
4. Областные, краевые, республиканские, окружные детские больницы России в 2015 году // Информационно-аналитический обзор № 18. М., 2016.
5. Материалы форума Общероссийского народного фронта по вопросам здравоохранения «За качественную и доступную медицину!». 6–7 сентября 2015 г., Москва // <http://onf.ru/forum-onf-po-voprosam-zdravoohraneniya/>.
6. Лобанов Г. П., Трегубов В. Н. Оценка обеспеченности и потребности медицинской службы МО РФ в госпитальных койках // Воен.-мед. журн., 2001. № 12. С. 18–20.

Авторы

РОЗИНОВ Владимир Михайлович	Доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: rozinov@inbox.ru
ВАГАНОВ Николай Николаевич	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медико-социальных проблем охраны материнства и детства РМАПО, председатель правления Ассоциации детских больниц
ГОРБАЧЕВ Олег Сергеевич	Кандидат медицинских наук, доцент, начальник научно-организационного отдела НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: raps@telemednet.ru