

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-762-783

АНАЛИЗ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ В СУБЪЕКТАХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

А.В. Поликарпов, П.В. Митрошин, С.В. Моравская, О.В. Миргородская

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Актуальность. Дальневосточный федеральный округ занимает особое место среди федеральных округов Российской Федерации, характеризуясь очень низкой плотностью населения, инфраструктурной обеспеченностью, в том числе транспортной, зависимой от погодных условий, особенностями в структуре смертности населения: высокими показателями смертности от внешних причин, в том числе среди лиц трудоспособного возраста. При этом разнонаправленная динамика первичной заболеваемости городского и сельского населения Дальнего Востока может свидетельствовать о недостаточной доступности и ресурсной обеспеченности сети медицинских организаций и структурных подразделений в сельской местности, прежде всего оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Цель исследования: изучить территориальное размещение медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в субъектах Дальневосточного федерального округа, для определения критериев территориальной доступности с учетом климатогеографических особенностей и транспортной доступности.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования использовались данные Росстата, субъектов Дальневосточного федерального округа о численности населения, транспортной обеспеченности, а также данные формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» за 2021 год в части ресурсной базы медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Дальневосточного федерального округа. Применялись аналитический, статистический методы исследования и метод сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения. Анализ территориального размещения сети государственных медицинских организаций в субъектах Дальневосточного федерального округа, показал, что 31% населения округа проживает в населенных пунктах с численностью до 10 тысяч человек, где расположено 26% или более 700 медицинских организаций и их структурных подразделений, не отвечающих требованиям приказов Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в части параметров организации объектов здравоохранения, но жизненно необходимых для обеспечения доступной, качественной и своевременной медицинской помощи.

Так называемая «ненормативная» в части территориального размещения сеть медицинских организаций и структурных подразделений обеспечивает доступность медицинской помощи для 904 тыс. человек, проживающих в 739 населенных пунктах субъектов Российской Федерации, расположенных на территории Дальневосточного федерального округа, что составляет 11% от всей численности населения Дальнего Востока.

Наличие существенной доли так называемых «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений на территории Дальнего Востока обусловлено низкой транспортной доступностью.

Предложены критерии размещения для «ненормативных» медицинских организаций, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тысяч человек, в зависимости от численности населения.

Выводы. Оценку территориального размещения медицинских организаций и структурных подразделений в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа следует проводить с использованием адаптированных критериев и нормативов с учетом региональных климатогеографических особенностей и низкой транспортной доступности.

Ключевые слова: Дальневосточный федеральный округ, сеть медицинских организаций, доступность первичной медицинской помощи

ANALYSIS OF THE TERRITORIAL LOCATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS AND THEIR STRUCTURAL SUBDIVISIONS IN THE SUBJECTS OF THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT

A.V. Polikarpov, P.V. Mitroshin, S.V. Moravskaya, O.V. Mirgorodskaya

Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Relevance. Far Eastern Federal District occupies a special place among federal districts of the Russian Federation, characterized by very low population density, infrastructure provision, including transport, dependent on weather conditions, peculiarities in the structure of population mortality: high mortality rates from external causes, including among people of working age. At the same time, the multidirectional dynamics of primary morbidity in urban and rural populations of the Far East may indicate insufficient availability and resource supply of the network of medical organizations and structural subdivisions in rural areas, primarily providing primary health care.

The purpose of the study: To study the territorial distribution of medical organizations and their structural subdivisions located in the subjects of the Far Eastern Federal District to determine the criteria of territorial accessibility taking into account climatic and geographical features and transport accessibility.

Materials and methods. The data of Rosstat, the subjects of the Far Eastern Federal District on the number of population, transport availability, as well as the data of the federal statistical observation form No. 30 "Information about the medical organization" for 2021 in terms of the resource base of medical organizations subordinated to the executive authorities of the subjects of the Far Eastern Federal District were used as research materials. We used analytical and statistical research methods and the method of comparative analysis.

Results and discussion. The analysis of territorial location of a network of state medical organizations in the subjects of the Far Eastern Federal District showed that 31% of the population of the district live in settlements with a population of up to 10 thousand people, where 26% or more than 700 medical organizations that do not meet the requirements of orders of the Ministry of Health of Russia № 132n and the Ministry of Healthcare and Social Development of Russia № 543n in terms of parameters of the

organization of healthcare facilities, but are vital in providing accessible, quality and timely medical care, are located.

So-called "non-standard" as for territorial location of a network of medical organizations and structural subdivisions ensures availability of medical care for 904 thousand people living in 739 settlements of subjects of the Russian Federation located within the Far Eastern Federal District which is 11% of the total population of the Far East.

The presence of a significant share of so-called "non-standard" medical organizations and their structural subdivisions on the territory of the Far East is caused by low transport accessibility.

The criteria of placement for "substandard" medical organizations, located in the settlements of the subjects of the Far Eastern Federal District with the population of up to 10 thousand people, depending on the number of population, were suggested.

Conclusions. The assessment of the territorial location of medical organizations and structural subdivisions in the settlements of the subjects of the Far Eastern Federal District should be carried out using the adapted criteria and standards, taking into account the regional climatic and geographic features and low transport accessibility.

Key words: Far Eastern Federal District, network of medical organizations, accessibility primary health care.

Актуальность. Дальневосточный федеральный округ (ДФО) занимает особое место среди федеральных округов Российской Федерации. Площадь территории ДФО составляет 6 953 тыс. км² (41% общей площади территории Российской Федерации), численность населения – 8 169 тыс. человек (5,6% общей численности населения Российской Федерации). Миграционный отток из субъектов ДФО привел к сокращению численности населения Дальнего Востока в 1,3 раза с 1991 по 2019 гг. При этом на территории ДФО преобладают населенные пункты с низкой численностью населения [1].

На фоне сокращения численности населения всех субъектов Дальнего Востока продолжают процессы урбанизации в его южной части. При этом для дальневосточного региона характерна крайне низкая инфраструктурная обеспеченность, включая транспортную [2, 15].

Отдалённое расположение от центральных дорог круглогодичного использования характерна для значительной части населенных пунктов субъектов ДФО, поскольку использование авиационного, морского и речного транспорта, а также зимников ограничено и зависит от погодных условий [10]. Например, для некоторых населенных пунктов Республики Саха (Якутия) расстояние до районного или областного центра может превышать 2 000 – 2 500 км наземным транспортом с доступностью только в зимний период (по зимнику), расстояние для авиaperелета может достигать до 1 500 км.

Показатель «Плотность автомобильных дорог общего пользования с твердым покрытием» (в км путей на 1 тыс. км² территории) в 5,4 раза ниже среднероссийского уровня и существенно различается по субъектам Дальнего Востока: наиболее высокая в Приморском крае – 93 км/1000 км² и Еврейской автономной области – 71 км/1000 км², в Забайкальском крае и Амурской области составляет 35 км/1000 км², в Сахалинской области и Республике Бурятия – 33 и 27 км/1000 км², в Хабаровском крае – 12 км/1000 км². Низкие цифры показателя транспортной доступности зарегистрированы в Магаданской области, Камчатском крае и Республике Саха (Якутия) – 5,6, 4,7 и 4,1 км/1000 км² соответственно, а наименьшие – в Чукотском АО – 1,3 км/1000 км² [12].

Большая часть территории ДФО является малонаселенной, а плотность населения составляет менее 1,2 человек на один км² [3], что более чем в 7 раз ниже плотности населения в среднем по Российской Федерации. Так, в Чукотском АО самая низкая плотность населения среди субъектов Российской Федерации – 0,07 чел/км², самая высокая плотность населения среди субъектов ДФО в Сахалинской области – 5,56 чел/км², но и этот показатель ниже среднероссийского – 8,59 чел/км².

При схожести основных показателей структуры смертности населения ДФО и Российской Федерации в целом (на первом месте – от болезней системы кровообращения, на втором – от новообразований), Дальний Восток имеет свои особенности: высокий уровень смертности от внешних причин, в том числе связанный с дорожно-транспортным травматизмом. В 2021 году показатель смертности от ДТП в ДФО (11,2 на 100 тысяч населения) превышал общероссийский показатель (9,3 на 100 тысяч населения) на 20,4% [13]. Отличительной особенностью ДФО является превышение показателя смертности в трудоспособном возрасте (646,3 на 100 тысяч населения) над средними значениями по Российской Федерации (560 на 100 тысяч населения) [14], в том числе от причин, связанных с внешним воздействием (убийства и самоубийства).

Особенностью территориального размещения медицинских организаций и их структурных подразделений (МО и СП) в ДФО является значительный рост показателя обеспеченности сельского населения объектами здравоохранения, расположенными в сельской местности, за период с 2015 по 2021 гг. Данный показатель в ДФО вырос на 8,6% (по Российской Федерации в рост 3,0%) и составил в 2021 г. 15,2 на 10 тысяч сельского населения, что превышает среднероссийский показатель (13,6 на 10 тыс. сельского населения).

Рост обеспеченности сельского населения ДФО объектами здравоохранения, расположенными в сельской местности, свидетельствует о востребованности медицинской помощи, оказываемой в МО и СП данного типа.

Значения показателей первичной заболеваемости всего населения в среднем по Российской Федерации и по ДФО были сопоставимы, в том числе для сельского населения, которое составляет 27% от общей численности жителей Дальнего Востока. В 2020 и 2021 гг. показатель первичной заболеваемости сельского населения в ДФО значительно снизился по сравнению со среднероссийским, соответственно на 11,9% и 13,8%. Снижение показателей первичной заболеваемости сельского населения в целом по ДФО за период 2016-2021 гг. наблюдалось по всем классам болезней. Первичная заболеваемость городского населения Дальнего Востока, напротив, имела тенденцию к росту, причем темп прироста показателя по ДФО составил 17,7%, что превышает показатель в среднем по Российской Федерации - 11,2%. Также различается и структура первичной заболеваемости городского и сельского населения ДФО. Разнонаправленная динамика первичной заболеваемости городского и сельского населения может свидетельствовать о недостаточном формировании в сельской местности сети МО и СП и их укомплектованности медицинскими кадрами, недостаточном уровне квалификации медицинского персонала и оснащенности медицинским оборудованием [6].

Все вышеперечисленное отражает низкую доступность первичной медико-санитарной помощи для населения ДФО проживающего в сельской местности.

В рамках поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания по вопросам социально-экономического развития ДФО от 02.09.2021 г. [9] был проведен анализ имеющейся в ДФО сети государственных МО, в результате которого получены данные о более чем 700 МО так называемой «сверхнормативной» сети, жизненно необходимой для обеспечения доступной, качественной и своевременной медицинской помощи [4].

Цель исследования: изучить территориальное размещение медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в субъектах Дальневосточного федерального округа, для определения критериев территориальной доступности с учетом климатогеографических особенностей и транспортной доступности.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования были использованы данные Росстата, субъектов ДФО в разрезе численности населения и его транспортной обеспеченности, по показателям ресурсной обеспеченности - данные формы федерального статистического

наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» за 2021 год [5]. Применялись такие методы исследования, как аналитический, статистический и метод сравнительного анализа.

Изучена ресурсная база МО и СП, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, расположенных в Дальневосточном федеральном округе, с учетом нормативов, утвержденных приказами Минздрава России от 27.02.2016 № 132н (приказ Минздрава России № 132н) [7] и Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (приказ Минздравсоцразвития России № 543н) [8].

Результаты. Размещение МО, и их СП государственной и муниципальной систем здравоохранения при формировании сети МО субъекта Российской Федерации регламентируются приказом Минздрава России № 132н [7] и приказом Минздравсоцразвития России № 543н [8]. Особенности размещения объектов здравоохранения в населенных пунктах с численностью жителей от 100 до 20 тысяч человек представлены в таблице 1.

Таблица 1

Нормативные требования по размещению медицинских организаций и их структурных подразделений на территории субъекта Российской Федерации в соответствии с приказами Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н

<i>Численность населения, человек</i>	<i>Тип медицинской организации</i>
от 100 до 300	ФАП или фельдшерские здравпункты, если расстояние от ФАП/фельдшерского здравпункта до ближайшей МО более 6 км; Домовые хозяйства/выездные формы работы, если расстояние от ФАП/фельдшерского здравпункта до ближайшей МО до 6 км
от 301 до 1 000	ФАП/фельдшерские здравпункты в случае отсутствия других МО вне зависимости от расстояния до ближайшей МО
от 1 001 до 2 000	ФАП/фельдшерские здравпункты, если расстояние от ФАП до ближайшей МО до 6 км; Центры (отделения) ОВП (семейной медицины) или врачебная амбулатория, если расстояние от ФАП до ближайшей МО более 6 км
от 2 000	Врачебная амбулатория или центр ОВП вне зависимости от расстояния до ближайшей МО либо структурного подразделения МО, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь
от 5 000	Участковая больница
от 20 000	Районная больница, городская больница, поликлиника

Кроме того, пунктом 19.5 приказа Минздравсоцразвития России № 543н определено, что в местностях с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также

в местностях с низкой плотностью населения участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения, с сохранением штатных должностей врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых, медицинских сестер врача общей практики, фельдшеров (акушеров) в полном объеме [8]. Однако, данным приказом не установлены критерии, при соблюдении которых нормативы размещения МО и их обособленных подразделений в населенных пунктах могут быть изменены.

В рамках проведенного исследования по оценке размещения МО и их СП в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек было выявлено следующее.

Количество таких населенных пунктов на Дальнем Востоке составляет 3 423 единицы, на долю которых приходится около 31% населения ДФО, при этом только в 2 884 населенных пунктах имеются МО и СП (рисунок 1).

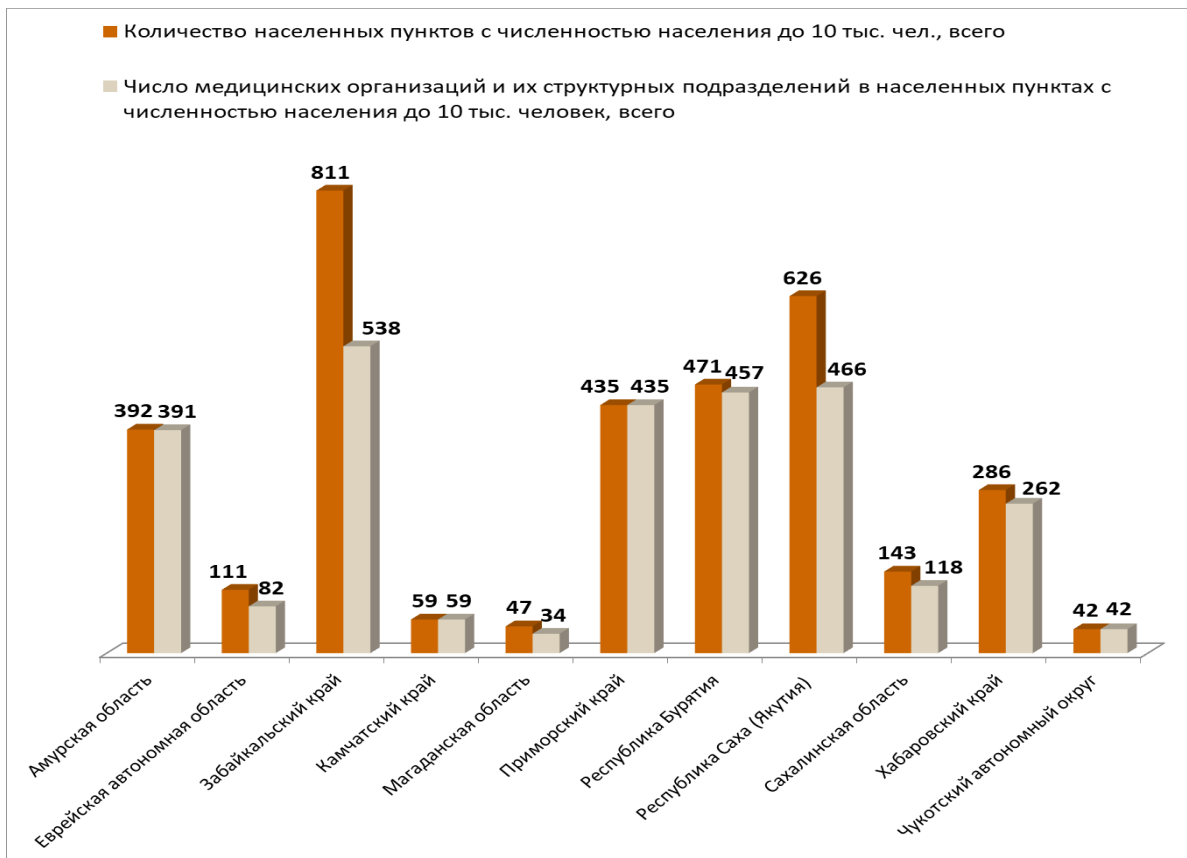


Рисунок 1. Количество населенных пунктов с численностью населения до 10 тыс. человек в субъектах Дальневосточного федерального округа и расположенных в них медицинских организаций и их структурных подразделений в 2021 году

Как видно из данных на рисунке 1, наибольшее количество населенных пунктов с численностью населения до 10 тыс. человек в Забайкальском крае – 811, в них расположены 538 МО и их СП. Второе, третье и четвертое место среди субъектов ДФО по количеству таких населенных пунктов занимают Республика Саха (Якутия), Республика Бурятия и Приморский край, в которых имеется 626, 471 и 435 населенных пунктов, с расположенными в них соответственно 466, 457 и 435 МО и их СП.

Далее в порядке убывания количества таких населенных пунктов следуют Амурская область – 392 населенных пункта с расположенными в них 391 МО и их СП, Хабаровский край – 286 населенных пунктов с 262 МО и их СП, Сахалинская область – 143 населенных пунктов со 118 МО и их СП и Еврейская АО – 111 населенных пунктов с 82 МО и их СП.

Тройку субъектов ДФО с наименьшим количеством населенных пунктов с численностью населения до 10 тысяч человек завершают Камчатский край – 59 населенных пунктов с 59 МО и их СП, Магаданская область – 47 населенных пунктов с 34 МО и их СП, Чукотский АО – 42 населенных пункта с 42 МО и их СП.

При этом 739 МО и их СП из 2 884 МО и их СП, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальнего Востока с численностью населения до 10 тыс. человек, не отвечают требованиям приказов Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в части параметров организации объектов здравоохранения в населенных пунктах с численностью населения в соответствии с нормативами.

Отнесение МО к «ненормативным» проводилось в соответствии со следующим **критерием**: низкая численность населения в населенном пункте, где размещена МО и/или ее СП. Таким образом, в населенных пунктах (с численностью населения до 10 тыс. человек) субъектов ДФО 26% МО и СП от их общего числа являются «ненормативными» (рисунок 2).

Как видно из данных рисунка 2. в Чукотском автономном округе было более половины «ненормативных» МО и их СП – 55%. Среди других субъектов округа доля «ненормативных» от всех МО и их СП менее половины зарегистрирована в Камчатском крае – 46%, Республике Саха (Якутия) – 44% и Магаданской области – 41%, менее трети МО и их СП – в Амурской области – 27%, Хабаровской крае – 26%, Республике Бурятия – 20%, Забайкальском крае – 19%, а также Сахалинской области – 18%. Наименьшая доля «ненормативных» МО и их СП наблюдалась в Еврейской АО и Приморском крае – по 16% соответственно.

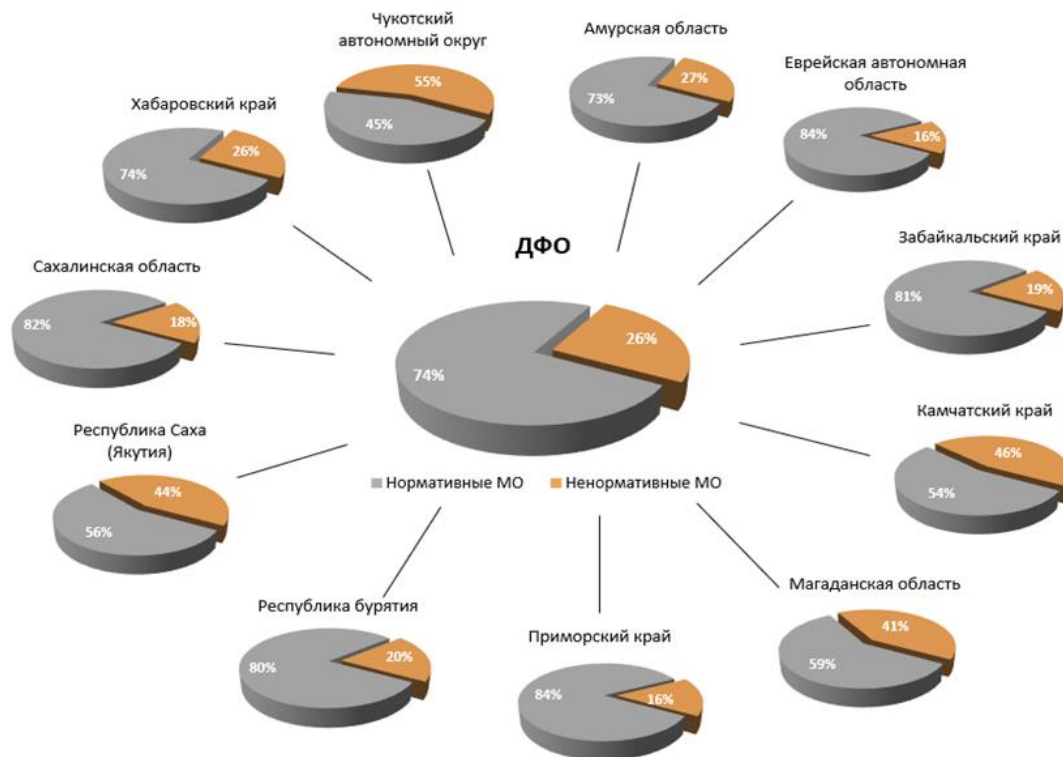


Рисунок 2. Доля «нормативных» и «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тыс. человек в 2021 году, в %

В целом по ДФО почти 82% «ненормативных» МО и их СП расположены в населенных пунктах с населением до 2 тыс. человек включительно (таблица 2).

Значительная доля «ненормативных» МО и их СП расположена в населенных пунктах с численностью до 2 тыс. человек девяти из одиннадцати субъектов ДФО: в Хабаровском крае – 97%, Еврейской АО – 90,4%, Камчатском крае – 85,2%, Сахалинской области – 84,7%, Республике Саха (Якутия) – 83,9%, Амурской области – 82,1%, Приморском крае – 78,6%, Чукотском АО – 78,2%, Республике Бурятия – 74,4%.

При этом в населенных пунктах до 100 человек населения все 192 МО – это ФАПы, а в наиболее крупных (от 5 001 до 10 000 чел. включительно) почти 98% относятся к больницам (ЦРБ, районные больницы, городские больницы).

В ходе исследования мы провели анализ структуры «ненормативных» МО и их СП по типам и удельном весе в общем количестве организаций соответствующего типа в разрезе субъектов ДФО.

Таблица 2

Распределение «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений в разрезе населенных пунктов субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тыс. человек в зависимости от численности населения в 2021 году, %

Наименование субъекта ДФО	Количество «ненормативных» МО и их СП в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек, всего	Доля «ненормативных» МО и их СП от общего числа МО и их СП в населенных пунктах с численностью населения (чел.), %			
		до 100 включ.	от 101 до 2 000	от 2 001 до 5 000	от 5 001 до 10 000
Амурская обл.	104	26,3%	55,8%	11,9%	6,0%
Еврейская автономная область	13	42,3%	48,1%	6,7%	2,9%
Забайкальский край	104	15,4%	38,5%	23,1%	23,1%
Камчатский край	27	11,1%	74,1%	11,1%	3,7%
Магаданская обл.	14	7,1%	42,9%	42,9%	7,1%
Приморский край	70	58,6%	20,0%	12,9%	8,6%
Республика Бурятия	90	23,3%	51,1%	8,9%	16,7%
Республика Саха (Якутия)	206	5,3%	78,6%	9,7%	6,3%
Сахалинская обл.	21	38,5%	46,2%	7,7%	7,7%
Хабаровский край	67	35,8%	61,2%	3,0%	
Чукотский АО	23	4,3%	73,9%	17,4%	4,3%
Итого по ДФО	739	26,3%	55,8%	11,9%	6,0%

В ДФО к «ненормативным» относятся лишь 200 из 2 030 ФП, ФАПов, то есть 10% от общей численности медицинских организаций данного типа (таблица 3).

Как видно из данных таблицы 3, наибольшая доля «ненормативных» ФП, ФАПов зарегистрирована в Хабаровском крае – 15,0%, Амурской – 14,5% и Сахалинской областях – 14,1%, Приморском – 11,5% и Камчатском краях - 11,1%.

Менее 10% «ненормативных» ФП, ФАПов от общей численности МО данного типа в субъекте ДФО было в Забайкальском крае – 9,1%, Республике Бурятии – 6,2%, Магаданской области – 5,6%, в Чукотском автономном округе и Республике Саха (Якутия) – по 5%

соответственно. Наименьшая доля «ненормативных» ФАПов и ФП наблюдалась в Еврейской автономной области – 3,3%.

Таблица 3

Распределение фельдшерских (ФП), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тыс. человек на «нормативные» и «ненормативные» в соответствии с приказами Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в 2021 году, %

Наименование субъекта ДФО	Количество ФАП, ФП в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. чел., всего,	из них:		
		«нормативные»	«ненормативные»	доля «ненормативных», %
Амурская область	304	260	44	14,5%
Еврейская автономная область	60	58	2	3,3%
Забайкальский край	440	400	40	9,1%
Камчатский край	27	24	3	11,1%
Магаданская область	18	17	1	5,6%
Приморский край	366	324	42	11,5%
Республика Бурятия	338	317	21	6,2%
Республика Саха (Якутия)	219	208	11	5,0%
Сахалинская область	71	61	10	14,1%
Хабаровский край	167	142	25	15,0%
Чукотский автономный округ	20	19	1	5,0%
Итого по ДФО	2 030	1 830	200	9,9%

К «ненормативным» относятся 324 из 596 амбулаторий (в том числе врачебных), офисов врачей общей практики, то есть 54% от общей численности МО данного типа (таблица 4).

Как видно из таблицы 4, в Чукотском АО все 5 МО и СП данного типа являются «ненормативными». Далее по убыванию доли «ненормативных» амбулаторий, в том числе врачебных, офисов врачей общей практики идут такие субъекты ДФО, как Республика Саха (Якутия) – 75,7%, Амурская область – 58,5% и Камчатский край – 57,9%.

Таблица 4

Распределение амбулаторий, в том числе врачебных (ВА), офисов врачей общей практики (ВОП) в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тыс. человек на «нормативные» и «ненормативные» в соответствии с приказами Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в 2021 году, %

Наименование субъекта ДФО	Количество ВА, ВОП в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек, всего,	из них:		
		«норматив- ные»	«ненорматив- ные»	Доля «ненор- мативных», %
Амурская область	53	22	31	58,5%
Еврейская автономная область	15	10	5	33,3%
Забайкальский край	56	30	26	46,4%
Камчатский край	19	8	11	57,9%
Магаданская область	5	3	2	40,0%
Приморский край	50	40	10	20,0%
Республика Бурятия	92	47	45	48,9%
Республика Саха (Якутия)	210	51	159	75,7%
Сахалинская область	30	24	6	20,0%
Хабаровский край	61	37	24	39,3%
Чукотский автономный округ	5	0	5	100%
Итого по ДФО	596	272	324	54,4%

Менее 50% «ненормативных» амбулаторий, в том числе врачебных, офисов врачей общей практики расположены в Республике Бурятия – 48,9%, Забайкальском крае – 46,4%, Магаданской области – 40,0%, Хабаровском крае – 39,3%, Еврейской АО – 33,3%, Приморском крае и Сахалинской области – по 20,0% соответственно.

«Ненормативными» являются 102 из 129 участковых больниц и отделений (филиалов) районных больниц в населенных пунктах субъектов Дальнего Востока с численностью населения до 10 тыс. населения, то есть 79% от общей численности МО и СП данного типа (таблица 5).

Как видно из таблицы 5, в трех субъектах – Магаданской области, Приморском крае и Чукотском АО все МО и СП данного типа являются «ненормативными». Далее по убыванию доли «ненормативных» УБ и отделений (филиалов) РБ идут такие субъекты ДФО, как Забайкальский край – 88,2%, Амурская область – 82,8%, Республика Бурятия и Сахалинская область – по 66,7% соответственно, Хабаровский край – 58,6%. В Республике Саха (Якутия) единственная МО

данного типа является «нормативной». В Еврейской АО и Камчатском крае нет участковых больниц, отделений (филиалов) районных больниц.

Таблица 5

Распределение «ненормативных» участковых больниц (УБ), отделений (филиалов) районных больниц (РБ) в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тыс. человек на «нормативные» и «ненормативные» в соответствии с приказами Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в 2021 году, %

Наименование субъекта	Количество УБ, отделений (филиалов) РБ в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек, всего,	из них:		
		«нормативные»	«ненормативные»	Доля «ненормативных», %
Амурская область	29	5	24	82,8%
Еврейская АО	-	-	-	-
Забайкальский край	34	4	30	88,2%
Камчатский край	-	-	-	-
Магаданская область	3	-	3	100%
Приморский край	6	-	6	100%
Республика Бурятия	9	3	6	66,7%
Республика Саха (Якутия)	1	1		0%
Сахалинская область	6	2	4	66,7%
Хабаровский край	29	12	17	58,6%
Чукотский АО	12	-	12	100%
Итого по ДФО	129	27	102	79,1%

Подавляющее большинство районных, центральных районных и городских больниц в населенных пунктах с численностью до 10 тыс. человек в субъектах ДФО являются «ненормативными»: 113 из 129, что составляет 87,6% от общего количества МО и СП данного типа (таблица 6).

Как видно из данных таблицы 6, в семи из одиннадцати субъектах ДФО: в Амурской области, Забайкальском и Камчатском краях, Магаданской области, Республиках Бурятия и Саха (Якутия), Чукотском автономном округе, все районные, центральные районные и городские больницы являются «ненормативными».

Далее в порядке убывания доли «ненормативных» районных, центральных районных и городских больниц в субъекте идут Приморский край – 92,3%, Еврейская АО – 85,7%, Хабаровский край – 20,0% и Сахалинская область – 9,1%.

Таблица 6

Распределение районных, центральных районных и городских больниц (РБ, ЦРБ, ГБ) в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тыс. человек на «нормативные» и «ненормативные» в соответствии с приказами Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н в 2021 году, %

Наименование субъекта ДФО	Количество РБ, ЦРБ, ГБ в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек, всего,	из них:		
		«нормативные»	«ненормативные»	Доля «ненормативных», %
Амурская область	5	0	5	100%
Еврейская АО	7	1	6	85,7%
Забайкальский край	8	0	8	100%
Камчатский край	13	0	13	100%
Магаданская область	8	0	8	100%
Приморский край	13	1	12	92,3%
Республика Бурятия	18	0	18	100%
Республика Саха (Якутия)	36	0	36	100%
Сахалинская область	11	10	1	9,1%
Хабаровский край	5	4	1	20,0%
Чукотский АО	5	0	5	100%
Итого по ДФО	129	16	113	87,6%

Таким образом, из 739 МО и их СП, которые не соответствуют нормативам, утвержденным приказами Минздрава России № 132н и Минздравсоцразвития России № 543н, большую долю занимают «ненормативные» амбулатории, в том числе врачебные, офисы врачей общей практики (324 единицы), участковые больницы, отделения (филиалов) районных больниц (102 единицы) и районные, центральные районные, городские больницы (113 единицы), что говорит о необходимости оказания в этих населенных пунктах не только первичной, в том числе специализированной, медико-санитарной помощи, но и ряда направлений по экстренной и неотложной стационарной медицинской помощи.

В указанных выше 739 «ненормативных» в части территориального размещения МО и их СП обслуживается 904 298 человек, что составляет 11% населения ДФО или 37% населения, проживающего в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек.

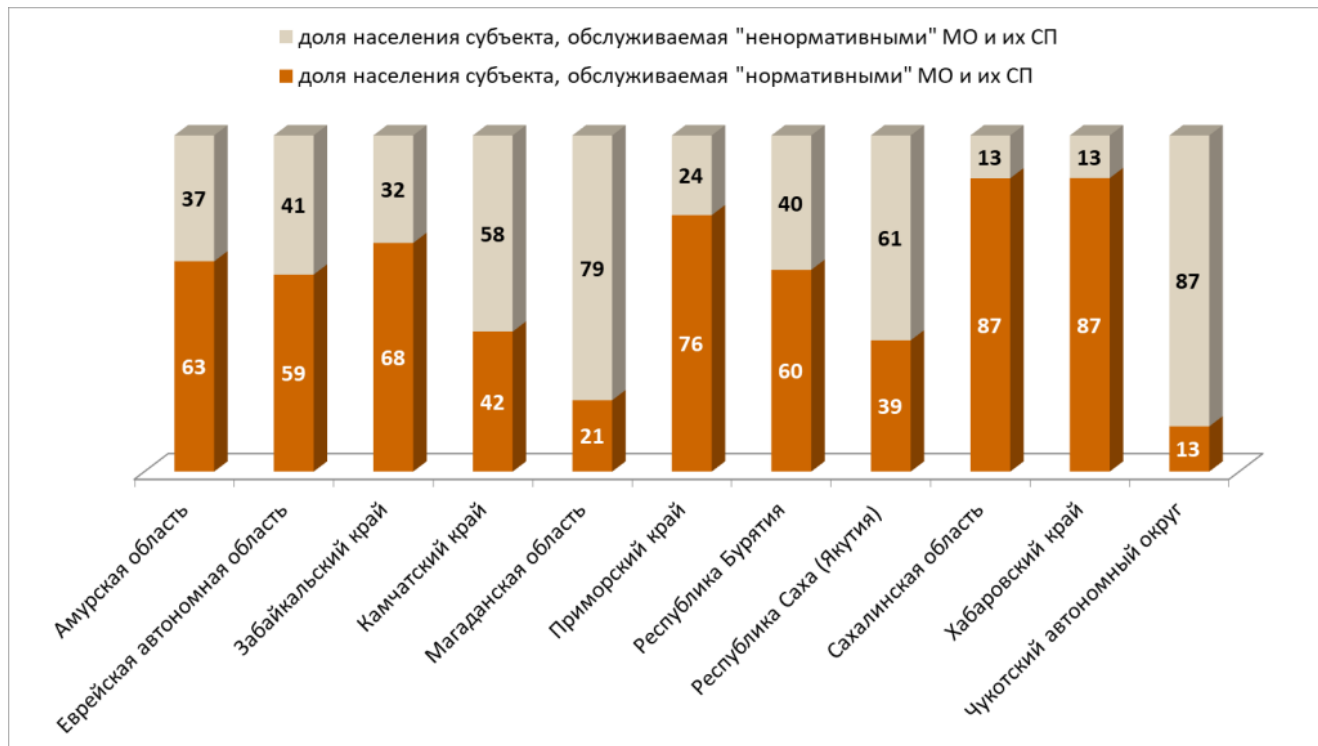


Рисунок 3. Удельный вес численности населения, обслуживаемого «ненормативными» и «нормативными» МО и их СП населенных пунктов с численностью населения до 10 тыс. человек, в субъектах ДФО в 2021 году, %

Как видно из данных на рисунке 3, доля населения, обслуживаемого «ненормативными» МО и их СП, существенно отличается между субъектами ДФО. Так, наибольшая доля населения, обслуживаемого «ненормативными» МО и их СП, - 87%, наблюдалась в Чукотском автономном округе. В Магаданской области, Республике Саха (Якутия) и Камчатском крае обслуживаются «ненормативными» МО и их СП соответственно 79%, 61% и 58% населения.

Менее 50% населения обслуживаются «ненормативными» МО и их СП населенных пунктов с численностью населения до 10 тыс. человек в Еврейской АО – 41% населения, в Республике Бурятия – 40%, Амурской области – 37%, Забайкальском – 32% и Приморском краях – 24%, в Сахалинской области и Хабаровском крае – по 13% соответственно.

Несмотря на то, что данные МО и их СП отнесены к «ненормативным» в части территориального размещения, в них оказывается медицинская помощь, т.е. они востребованы населением, и их наличие определяет доступность медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации, расположенных на территории ДФО.

Обсуждение. Наличие существенной доли «ненормативных» МО и их СП в населенных пунктах Дальнего Востока с численностью населения до 10 тыс. человек обусловлено низкой транспортной доступностью.

Анализ транспортной доступности указанных населенных пунктов, в которых расположены МО и их СП «ненормативной» сети, показал, что лишь 447 из них (61%) имеют круглогодичное автомобильное сообщение, 86 - регулярное (не реже, чем 1 раз в неделю) авиасообщение, 35 - регулярное железнодорожное сообщение. Среди всех населенных пунктов 371 (51% от общего числа) можно отнести к труднодоступным с точки зрения наличия хотя бы одного из следующих факторов:

- отсутствия регулярных (не реже 1 раза в день) железнодорожного или авиасообщения;
- отсутствия круглогодичного автодорожного сообщения;
- удаленности от ближайшего населенного пункта с медицинской организацией 1 или 2 уровня более 2 часов в пути.

Сеть МО и их СП, расположенных в населенных пунктах субъектов Российской Федерации ДФО, с населением до 10 тыс. человек, вносит весомый вклад в оказание медицинской помощи.

С учетом действующих нормативных правовых актов Минздрава России по формированию сети МО и их СП, проведенного анализа ресурсного обеспечения системы здравоохранения субъектов Российской Федерации ДФО, можно сделать вывод о том, что оптимизация сети МО и их СП, размещенных в населенных пунктах с численностью населения до 10 тыс. человек, приведет к снижению территориальной доступности первичной медико-санитарной помощи, что также может привести к росту смертности в регионах Дальнего Востока [11].

Для расчета доступности и параметров размещения объектов здравоохранения целесообразно рассмотреть применение пункта 19 приказа Минздравсоцразвития России № 543н для «ненормативных» МО и их СП в населенных пунктах в зависимости от численности проживающего в них населения, удаленности до альтернативного места оказания медицинской помощи в условиях:

- отсутствия круглогодичного автомобильного сообщения по дорогам с твердым покрытием;
- отсутствия регулярного ж/д и/или авиасообщения;
- высокого риска недоступности транспортировки вследствие неблагоприятных климатических условий, в том числе сезонности транспортного сообщения.

Значения предлагаемого нами определения норматива для оценки территориального размещения МО и их СП с учетом численности проживающего населения, для «ненормативных» МО и их СП, расположенных в населенных пунктах с численностью до 10 тыс. человек населения в субъектах Российской Федерации ДФО, приведены в таблице 7:

Таблица 7

Критерии размещения для «ненормативных» медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в населенных пунктах субъектов Дальневосточного федерального округа с численностью населения до 10 тысяч человек в зависимости от численности населения (экспертная оценка)

<i>Численность населения, человек</i>	<i>Тип медицинской организации</i>
От 70 до 1400	Фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт
От 1401 до 2 000	Врачебная амбулатория
От 2001 до 5 000	Участковая больница
От 5001 до 10 000	Районная больница, центральная районная больница, городская больница

Выводы. Так называемая «ненормативная», в части территориального размещения, сеть медицинских организаций и структурных подразделений обеспечивает доступность медицинской помощи для 904 тыс. человек, проживающих в 739 населенных пунктах субъектов Российской Федерации, расположенных на территории Дальневосточного федерального округа, что составляет 11% от всей численности населения Дальнего Востока.

Особенности размещения медицинских организаций и структурных подразделений в регионе зависят от климатогеографических особенностей, особенностей автомобильного и иного транспортного сообщения.

Для жителей субъектов Дальнего Востока возможность оказания своевременной медицинской помощи в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, с

учетом наличия большого числа труднодоступных районов и удаленности населенных пунктов, является значимой и обеспечивает территориальную доступность для населения.

При оценке территориального размещения медицинских организаций и структурных подразделений в населенных пунктах субъектов Российской Федерации, расположенных в Дальневосточном федеральном округе, следует применять адаптированные критерии и нормативы.

Список литературы

1. Национальная программа социально-экономического развития Дальнего Востока на период до 2024 года и на перспективу до 2035 года [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2020 г. № 2464-р. Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года (расширенная версия долгосрочного прогноза, утвержденного Правительством Российской Федерации, с дополнительными рабочими материалами). Минэкономразвития России. 2013. [Электронный ресурс]: Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».
3. Безвербный В.А., Мирязов Т.Р. Трансформация системы расселения в Дальневосточном федеральном округе на уровне муниципальных образований. Научное обозрение. Серия 1: Экономика и право. 2019; 5: 102-114. DOI: 10.25629/НС.2020.13.02
4. Выступление Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Фисенко В.С. на панельной дискуссии «Демографические вызовы Дальнего Востока и Арктики» Конференции «Формируя здоровое общество на Дальнем Востоке и в Арктике». Восточный экономический форум. 2022. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://roscongress.org/sessions/eef-health-2022-health-demograficheskie-vyzovy-dalnego-vostoka-i-arktiki/translation/#>
5. Приказ Росстата от 20.12.2021 №932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». [Электронный ресурс]: Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».

6. Руголь Л.В., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В. Динамика первичной заболеваемости сельского населения в Дальневосточном федеральном округе. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022; 4: 663-688. DOI 10.24412/2312-2935-2022-4-663-688
7. Приказ Минздрава России от 27.02.2016 г. № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». [Электронный ресурс]: Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». [Электронный ресурс]: Доступ из справочной правовой системы «КонсультантПлюс».
9. Перечень поручений по итогам совещания по вопросам социально-экономического развития ДФО, утвержденный Президентом РФ 16.10.2021 N 1970. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/66957>
10. Найден С.Н. Развитие социальной инфраструктуры в условиях Дальнего Востока. Регионалистика. 2015; 3: 6-17. DOI: 10.14530/reg.2015.3
11. Казанцев К.И. Румянцева А.Е. Доступность первичной медпомощи в России: модель оценки и результаты ее применения на допандемийных данных. Центр перспективных управленческих решений. М.: ЦПУР. 2022; 15: 68/
12. Федеральная служба государственной статистики. Транспорт. Пути сообщения и количество автозаправочных станций. Таблица «Протяженность и характеристики автомобильных дорог общего пользования (с 2006 г.)». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/statistics/transport#>
13. Росстат. Государственная информационная система «Единая межведомственная информационно-статистическая система» (ЕМИСС). Смертность от дорожно-транспортных происшествий. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/55380>
14. Росстат. Государственная информационная система «Единая межведомственная информационно-статистическая система» (ЕМИСС). Смертность населения трудоспособного возраста. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/59267>

15. Шпак А.С. Оценка состояния транспортной доступности для населения регионов Дальневосточного федерального округа. Экономика и право. 2020: 101-133.

References

1. National social and economic development program of the Far East from 2024 to 2035 [Electronic resource]: the Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 24 sentyabrya 2020 g. №2464-r. Access from "Consultant-Plus" the law reference system.

2. Prognoz dolgosrochnogo social'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossijskoj Federacii na period do 2030 goda (rasshirennaya versiya dolgosrochnogo prognoza, utverzhennogo Pravitel'stvom Rossijskoj Federacii, s dopolnitel'nymi rabochimi materialami). Minekonomrazvitiya Rossii. 2013. [Electronic resource]: Access from "Consultant-Plus" the law reference system.

3. Bezverbnyj V.A., Miryazov T.R. Transformation of the settlement system in the Far Eastern federal district at the level of municipal formation. Series 1: Economics and law. 2019; 5: 102-114.

4. Speech of the First Deputy Minister of Health of Russian Federation Fisenko V.S. during panel discussion "Demographic challenges of the Far East and Arctic" of the Conference "Creating a healthy society in the Far East and Arctic". Eastern economic forum 2022. [Electronic resource] Available at:

<https://roscongress.org/sessions/eef-health-2022-health-demograficheskie-vyzovy-dalnego-yostoka-i-arktiki/translation/#>

5. Prikaz Rosstata ot 20.12.2021 №932 "Ob utverzhdenii form federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya s ukazaniyami po ih zapolneniyu dlya organizacii Ministerstvom zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya v sfere ohrany zdorov'ya". [Electronic resource]: Access from "Consultant-Plus" the law reference system.

6. Rugol' L.V., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Ogryzko E.V. Primary morbidity dynamics of rural population in the Far Eastern Federal District. Current problems of health care and medical statistics. 2022; 4: 663-688.

7. Prikaz Minzdrava Rossii ot 27.02.2016 g. № 132n "O Trebovaniyah k razmeshcheniyu medicinskih organizacij gosudarstvennoj sistemy zdavoohraneniya i municipal'noj sistemy zdavoohraneniya iskhodya iz potrebnostej naseleniya". [Electronic resource]: Access from "Consultant-Plus" the law reference system.

8. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 15.05.2012 g. № 543n "Ob utverzhdenii Polozheniya ob organizacii okazaniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi vzrosloму naseleniyu". [Electronic resource]: Access from "Consultant-Plus" the law reference system.

9. Perechen' poruchenij po itogam soveshchaniya po voprosam social'no-ekonomicheskogo razvitiya DFO (utv. Prezidentom RF 16.10.2021 N 1970). [Electronic resource] Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/66957>
10. Najden S.N. Development of social infrastructure in the Far East. Regionalism. 2015; 3: 6-17.
11. Kazancev K.I. Rumyanceva A.E. Accessibility of the primary health care in Russia: evaluation model based on before-pandemic data and results of its application. Department of Advanced Management Solutions. Moscow: CPUR. 2022; 15: 68.
12. Federal State Statistics Service. Section Transport. Path messages and quantity of gas stations. Table "Length and other characteristics of public roads (since 2006 year)". [Electronic resource]: Available at: <https://rosstat.gov.ru/statistics/transport#>
13. Rosstat. State Information System "Unified interdepartmental statistical and information system". Road accident mortality. [Electronic resource]: Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/55380>
14. Rosstat. State Information System "Unified interdepartmental information and statistical system". Mortality of working-age population. [Electronic resource]: Available at: <https://www.fedstat.ru/indicator/59267>
15. Shpak A.S. Assessment of transport availability status for local people of the Far East Federal District. Economics and law. 2020: 101-133.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Поликарпов Александр Викторович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: pov_alex@rambler.ru; ORCID 0000-0002-6696-8714; SPIN: 2092-5448; Scopus: 57189604405

Митрошин Павел Вячеславович – начальник Управления по взаимодействию с регионами ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: tendery@bk.ru; ORCID 0000-0001-6914-2830; SPIN: 5533-7929

Моравская Светлана Вячеславовна - специалист Управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: moravskaja@mail.ru; ORCID 0000-0003-1650-7490

Миргородская Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: olgamir0103@gmail.com; ORCID 0000-0002-4327-148X; SPIN: 4812-5760; Scopus: P-9997-2017

Information about authors

Polikarpov Aleksandr Viktorovich – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher of the Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of Russia, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: pov_alex@rambler.ru; ORCID 0000-0002-6696-8714; SPIN: 2092-5448; Scopus: 57189604405

Mitroshin Pavel Vyacheslavovich – Head of Regional Cooperation Department Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of Russia, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: tendery@bk.ru; ORCID 0000-0001-6914-2830; SPIN: 5533-7929

Moravskaya Svetlana Vyacheslavovna – Specialist of Strategic Health Development Department Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of Russia, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: moravskaja@mail.ru; ORCID 0000-0003-1650-7490

Mirgorodskaya Olga Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher of the Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of Russia, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, phone: 8(495) 618-22-01, ext. 710, e-mail: mirgorod@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-4327-148X, SPIN: 4812-5760; Scopus: P-9997-2017

Статья получена: 01.09.2022 г.
Принята к публикации: 29.12.2022 г.