

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Арбитаило И.Я.¹

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет» Финансово-экономический институт, 625003, РФ, г. Тюмень, ул. Ленина 23, arbitka_@mail.ru

В статье рассматриваются причины и следствия кризиса здравоохранения. Проведена адаптация метода оценки эффективности региональных систем здравоохранения (метод Minmax, Канада) к региональному здравоохранению в РФ. С помощью статистических данных, взятых из Единой межведомственной информационно-статистической системы, а также Федеральной службы государственной статистики выделены показатели, способные оценить эффективность региональных систем здравоохранения РФ. Например, подушевые расходы на оказание медицинской помощи; стоимость различных видов медицинских услуг; обеспеченность ресурсами и удовлетворенность населения медицинской помощью и др. При анализе полученных результатов было выявлено, что высокий уровень затрат (расходы по реализации территориальной программы государственных гарантий) сочетается с высокими и низкими результатами; с другой стороны, имеют место региональные системы здравоохранения с высокими результатами при высоких, средних и низких затратах.

Ключевые слова: система здравоохранения, эффективность здравоохранения, регионы РФ.

EFFECTIVENESS OF REGIONAL HEALTH SYSTEM

Arbitailo I.Y.¹

Tyumen State University, Financial and Economic Institute, 625003, RF, Tyumen, Lenina str, 23, arbitka_@mail.ru

The article discusses the causes and consequences of a health crisis. Been adapted method for assessing the effectiveness of regional health systems (method Minmax, Canada) to regional health care in the Russian Federation. With the help of statistical data derived from the interagency statistical information system, as well as the Federal State Statistics identified indicators that can assess the effectiveness of the regional health system of the Russian Federation. For example, the per capita costs of providing medical care; costs of different types of health services; availability of resources and the satisfaction of medical care and others. In the analysis of the results revealed that the high cost (the cost of realization of the territorial government guarantee program) combined with the high and low results; On the other hand, there are regional healthcare system with the high performance at high, medium and low costs.

Keywords: the health care system, the effectiveness of the health system, regions of Russia.

Отрасль здравоохранения является одной из важнейших сфер жизнедеятельности российского общества, изменения в которой обусловили потребность коренного пересмотра подходов к обеспечению ее функционирования. Современная система российского здравоохранения проходит сложный путь институциональных преобразований. Изменения далеко не всегда сопровождались позитивными результатами, что в значительной степени отразилось на социальном самочувствии значительной части российских граждан, на их благополучии и здоровье. Это обстоятельство выводит проблемы здоровья населения в число одних из наиболее значимых и актуальных для современной России. Необходимость повышения эффективности деятельности здравоохранения обусловлена тем, что здоровье населения – это не только показатель социального благополучия нации, но и системообразующий институциональный фактор общества [4].

В научной литературе не дано общепринятой дефиниции понятия «здравоохранение», поэтому уточнение определения представляется нам важным. В интересах решения цели статьи здравоохранение рассматривается как обуславливаемая ростом потребностей населения в достойной жизни и устойчивом здоровье социально-институциональная система, функционирующая в единстве деятельности государства, гражданского общества и личности в соответствии с воздействием ряда факторов: экономических, политических, научно-медицинских и медико-технологических, профессионально-кадровых в конкретно-исторических условиях развития цивилизации.

Здравоохранение России в полной мере испытало на себе результаты системного кризиса 90х годов прошлого века, который привел к состоянию несоответствия медицинской сферы основным жизненно важным интересам и потребностям общества. Попытки модернизации отрасли в течение двух десятилетий, основываясь в большей степени на зарубежном опыте, привели к снижению качества и доступности, а также объема медицинских услуг населению [3].

Представителями социологической науки исследованы проблемы взаимодействия отрасли здравоохранения с обществом, с другими социальными институтами. В работах отечественных авторов раскрывается содержание объективных и законов функционирования и здравоохранения как социального феномена. Например, работы Ю.П. Лисицина, Л.П. Семеновой, К.Н. Хабибуллина. Научный интерес исследователей вызывал процесс реорганизации здравоохранения. Работы О.П. Щепина, В.В. Гришина, В.З. Кучеренко, С.А. Закировой, Г.Г. Кривошеева посвящены проблемам адаптации российского здравоохранения к рыночным отношениям. Процессы, проходившие в начале 90-х годов, активизировали интерес к изучению экономических проблем и процессов, происходящих в отрасли. В работах А.И. Вялкова, В.В. Власова, В.В. Петуховой, Ю.В. Шиленко изучены: система современных экономических отношений в здравоохранении, ресурсное обеспечение и государственное регулирование рыночных механизмов в здравоохранении, охарактеризованы понятия «медицинская услуга», «рынок медицинских услуг». Организационно-экономические механизмы функционирования здравоохранения в современных условиях представлены в работах Г.Н. Голухова, А.С. Акопяна, Ю.В. Шиленко. В тот же период началось активное изучение социально-экономических последствий реформирования здравоохранения, в том числе и с использованием социологических исследований, отражающих общественное мнение о состоянии здравоохранения. Отношение населения к происходящим переменам представлены в работах В.Э. Бойкова, проблемы оценки медицинскими работниками состояния здравоохранения, их отношения к нововведениям проанализированы в работах А.И. Вялкова, М.А. Татарникова, М.М.

Кузьменко. Активизация исследований о состоянии здравоохранения произошла в конце 80-х, когда со всей очевидностью стали проявляться признаки кризиса отрасли. Эти проблемы нашли отражение в работах Е.Н. Андреевой, А.И. Вялкова, В.В. Петуховой, В.А. Пискунова, И.В. Полякова

В настоящее время руководством государства взят политический курс на устойчивое развитие страны, что выдвигает особые требования к качеству жизни граждан, к состоянию их здоровья. Однако современное состояние системы российского здравоохранения по ряду критериев не отвечает потребностям общества. Рассмотрим данное противоречие наиболее подробно.

Прежняя система здравоохранения с жестким административно-экономическим управлением, государственной собственностью на основные ресурсы, бюджетным финансированием, внутриведомственным контролем объема и качества медицинской помощи, патерналистской моделью взаимоотношений работников здравоохранения и пациентов относительно стабильно функционировала до восьмидесятых годов прошлого века [3]. Однако вследствие истощения финансовых, материально-технических, кадровых ресурсов, обуславливающих процессы деформации элементов системы, произошла дезориентация отрасли и приведение ее в глубокий кризис, в котором отечественное здравоохранение находится и по сей день. Основными причинами дезинтеграции системы здравоохранения можно считать: остаточный принцип финансирования отрасли; нерациональное использование основных ресурсов (кадры, финансы, оборудование); недостаток современных медицинских технологий; снижение квалификации и мотивации к труду медицинского персонала. Очевидно, что указанные причины, связанные с политическими и последовавшие за ними социально-экономическими переменами, активизируют, как следствие, комплекс взаимосвязанных проблем. Во-первых, объективное ухудшение показателей состояния здоровья населения, которые можно свести к следующим: естественная убыль населения за счет снижения рождаемости и роста смертности; низкая средняя продолжительности жизни; различия в средней продолжительности жизни среди женщин и мужчин. Так, в 2011 г. в Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила 69,8 лет (64,0 лет мужчин, 75,6 лет женщин). Показатель общей смертности среди мужчин (1 496,1 на 100 000 мужского населения или 54,6%) выше, чем у женщин (1 093,4 на 100 000 женского населения или 45,4%). Значительно выше смертность мужчин, в частности, от внешних причин (в 4,2 раза), болезней органов дыхания (в 3,7 раза). В то же время смертность от болезней системы кровообращения у женщин (676,5 на 100 000 женского населения) выше, чем у мужчин (666,9 на 100 000 соответствующего населения). Заметны различия в смертности городских и сельских

жителей. В 2011 году общая смертность сельских жителей (1 416,7 на 100 000 сельского населения) превышает смертность городских (1 076,0 на 100 000 городского населения), что обусловлено различием возрастной структуры и социально-экономическими условиями [6].

Во-вторых, нарастание социальной напряженности, связанное с неудовлетворенностью населения качеством и организацией медицинской помощи. Ответы на вопрос «Чем не удовлетворяет Вас государственное медицинское обслуживание?» служат своеобразным маркером региональной ситуации в системе здравоохранения. Весь период наблюдений доля тех, кто ответил «В целом меня удовлетворяет медицинское обслуживание» (20-30%) ниже общероссийского уровня (15-20%). Отметим снижение доли позитивных оценок региональной системы здравоохранения. Почти две трети жителей региона отмечают «Трудно попасть к врачу, большие очереди», еще треть жителей региона отмечают «Врачи выписывают лекарства, которые трудно достать или они очень дорогие», и почти каждый пятый – «Советы, рецепты врачей редко помогают». Причем значимость перечисленных проблем выросла практически повсеместно. На юге Тюменской области существенно повышена значимость ответов ««Скорая помощь» обычно приезжает через несколько часов» (17% в 2013 г.) [6].

Одной из основных современных концепций охраны здоровья населения, на основе которых строятся государственная политика, наряду с концепцией факторов риска и концепцией экономической эффективности, является концепция региональных систем здравоохранения. В основе концепции предположение о том, что на региональном уровне сосредоточены основные потребности населения и имеются все возможности для обеспечения гарантий населения в сфере охраны здоровья. Регионы страны имеют свои особенности: географические, производственные, экономические, которые влияют на уровень здоровья населения. С целью оценки отдельных аспектов деятельности региональных систем здравоохранения, воспользуемся методикой Minmax, разработанную в Канаде [2]. Для изучения проблем, связанных со здоровьем населения и состоянием региональной системы здравоохранения, проанализирована следующая группа факторов:

1. Наличие медицинских ресурсов – обеспеченность на 10 тыс. нас: врачами, средним медицинским персоналом, больничными койками.
2. Использование ресурсов: средняя занятость койки, дн.; средняя длительность пребывания больного на койке, дн.; число операций на 1 врача хирургического профиля; стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи, руб.: в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в дневных стационарах, стационарах и скорой медицинской помощи.

3. Доступность ресурсов: удовлетворенность населения медицинской помощью, процент от числа опрошенных; мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, число посещений в смену.

Таблица 1

Наличие ресурсов в федеральных округах РФ, по методу Minmax

Федеральные округа	Наличие (обеспеченность) ресурсов				
	врачами	средним медицинским персоналом	больничными койками	итого	итого, Minmax
1	2	3	4	5	6
Центральный	6,47	3,69	3,68	13,84	4,81
Северо-Западный	10,00	7,19	4,71	21,9	7,62
Южный	1,44	1,99	3,74	7,17	2,49
Северо-Кавказский	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Приволжский	2,94	8,74	4,14	15,82	5,50
Уральский	1,44	10,0	4,14	15,58	5,42
Сибирский	6,14	9,47	6,87	22,48	7,82
Дальневосточный	9,48	9,27	10,00	28,75	10,00

Источник: [10]

Обеспеченность ресурсами существенно различается в федеральных округах Российской Федерации. Наивысший результат имеет показатель обеспеченности средним медицинским персоналом в УРФО (115,5 на 10 тыс. населения). Однако по числу больничных коек Федеральный округ находится в аутсайдерах, занимая пятое место среди всех округов с показателем равным 92,1 на 10 тыс. населения. Показатель численности врачей всех специальностей в Уральском Федеральном округе один из самых низких в стране и равен 43,9 на 10 тыс. населения. Суммировав все три показателя обеспеченности ресурсами, полученными по методу Minmax, можно сделать вывод, что УРФО по данным 2013 года по совокупности имеющихся ресурсов имеет средний коэффициент.

Таблица 2

Доступность ресурсов в федеральных округах РФ, по методу Minmax

Федеральные округа	удовлетворенность населения	мощность амбулаторно-поликлинических учреждений	итого	итого, Minmax
Центральный	1,25	7,38	8,63	3,18
Северо-Западный	3,75	10,0	13,75	6,84
Южный	0,00	5,10	5,10	0,66
Северо-Кавказский	4,17	0,00	4,17	0,00
Приволжский	7,92	6,24	14,16	7,13
Уральский	6,67	8,43	15,1	7,80
Сибирский	10,00	8,18	18,18	10,00
Дальневосточный	6,67	7,87	14,54	7,40

Источник: [1,10]

Оценивая доступность ресурсов в федеральных округах РФ, рассмотрены показатели удовлетворенности населения медицинской помощью и мощность амбулаторно-поликлинических учреждений. По первому показателю УРФО имеет достаточно высокий уровень среди остальных округов, причем по данным российского агентства медико-социальной информации, показатель удовлетворенность населения увеличился в 2012 году до 75% в сравнении с 2011 годом (61%). При этом наиболее удовлетворены медицинским обслуживанием оказались жители Курганской и Свердловских областей (85%); Тюменская область демонстрирует относительно низкий уровень удовлетворенности – 41%, возросший к 2012 году до 54%. Показатель мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в Уральском Федеральном округе также находится на достаточно высоком уровне в сравнении с другими регионами, что позволяет УРФО выйти в тройку регионов-лидеров по доступности ресурсов здравоохранения.

Таблица 3

Использование ресурсов в федеральных округах Российской Федерации, по методу Minmax

Федеральные округа	Средняя занятость койки в году, ДН.	Средняя длительность пребывания больного на койке, дн.	Число операции на 1 врача хирургического профиля	Стоимость единицы объема оказанной медицинской помощи, руб.				Итого	Итого, Minmax
				амбулаторная	дневные стационары всех типов	стационарная медицинская помощь	скорая медицинская помощь		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Центральн ый	0,00	8,67	0,93	7,24	2,02	7,50	9,89	36,25	5,77
Северо- Западный	6,67	7,33	0,00	9,51	8,68	5,46	5,99	43,64	7,49
Южный	0,00	0,00	6,95	1,66	0,00	1,46	1,31	11,38	0,00
Северо- Кавказски й	6,67	2,00	1,15	0,00	5,09	0,00	0,00	14,91	0,82
Приволжс кий	10,00	3,33	8,2	2,12	2,77	1,31	0,82	28,55	3,98
Уральский	8,89	3,33	9,49	8,96	7,4	7,98	8,17	54,22	9,94
Сибирский	8,89	3,33	10,00	4,13	2,77	3,03	2,9	35,05	5,49
Дальневос точный	1,11	10,00	3,36	10,00	10,00	10,00	10,00	54,47	10,00

Источник: [1,10]

Следующим компонентом анализа является использование ресурсов здравоохранения в натуральном и стоимостном выражении. Как видно из таблицы 3, Уральский Федеральный округ характеризуется один из самых высоких показателей использования ресурсов здравоохранения.

Таблица 4

**Показатели эффективности регионального здравоохранения Российской Федерации,
2012 г.**

Федеральные округа	Результат		Расходы		Соотношение расходы/результат	
	итого, ресурсы*	Minmax	итого, руб	Maxmin	итого	Minmax
1	2	3	4	5	6=3+5	7
Центральный	13,76	4,87	475125,1	10,00	14,87	8,56
Северо-Западный	21,95	7,88	403482,4	9,5	17,38	10,00
Южный	3,15	0,88	99091,1	1, 14	2,02	0,11
Северо- Кавказский	0,82	0,00	50600,4	0,00	0,00	0,00
Приволжский	16,61	5,94	214451,9	3,86	9,8	5,64
Уральский	23,16	8,40	146321,9	2,25	10,65	6,14
Сибирский	23,31	8,46	164676	2,68	11,14	6,41
Дальневосточный	27,40	10,00	83106,2	0,77	10,77	6,19

*Примечание: - сумма компонентов: наличие медицинских ресурсов, доступность ресурсов, использование ресурсов. Источник: [1, 9]

Самую высокую результативность продемонстрировала система здравоохранения Северо-Западного федерального округа, сочетая в себе высокий совокупный показатель наличия, доступности и использования ресурсов здравоохранения с высоким уровнем финансирования здравоохранения. Уральский федеральный округ демонстрирует высокий показатель ресурсообеспеченности, однако низкий уровень расходов на здравоохранения определяет систему регионального здравоохранения по методике Minmax как не самую эффективную.

Таким образом, трудности переходного периода общественных трансформаций, экономические и политические коллизии последних двух десятилетий продолжают оказывать огромное влияние на процессы функционирования региональных систем здравоохранения и требуют их фундаментальной модернизации. На основе анализа обеспеченности ресурсами системы здравоохранения Уральского федерального округа, можно выделить некоторые рекомендации. Требуются системные изменения в организации медицинской помощи, техническом переоснащении медицинских организаций, качественном изменении кадрового потенциала здравоохранения, а так же создание условий, при которых люди имели возможность и стремились поддерживать свое здоровье на должном уровне. Реформирование здравоохранения связано с децентрализацией управления, многоканальностью финансирования, демонополизацией лечебно-профилактических учреждений, внедрением рыночных механизмов и механизмов медицинского страхования.

Список литературы

1. Единая межведомственная информационно-статистическая система. Режим доступа. – <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do>
2. Еремина С., Куделина О. Эффективность системы здравоохранения. Региональный аспект // Общество и экономика. – апрель 2014. - № 4. – С. 141-157.
3. Мунаев Р.В. Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: Дис. ... к. соц.наук. – М., 2008. – 167 с.
4. Пиддэ А.Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России: Дис. ... д. экон. Наук. – М., 2003. – 357 с.
5. Российское агентство медико-социальной информации. Режим доступа.- <http://ria-ami.ru/read/13077>.
6. Социокультурная эволюция и динамика социально-экономического развития Тюменского региона / Коллективная монография / Составление и общая редакция Г.Ф.

Ромашкиной, В.А. Давыденко. – Тюмень, Тюменский государственный университет, 2013. – 333 с.

7. Федеральная служба государственной статистики. Регионы России. Социально-экономические показатели. Режим доступа.- http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_14p/Main.htm.

8. Федеральная служба государственной статистики. Здоровоохранение в России – 2013г. Режим доступа. – http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm.

9. Здоровоохранение в России. Режим доступа.- http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm

10. Регионы России. Социально-экономические показатели. Режим доступа. – http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_14p/Main.htm.

Рецензенты:

Ромашкина Г.Ф., д.соц.н., профессор, заместитель директора Финансово-экономического института по научной работе ГОУ ФГБОУ ВПО «Тюменский Государственный Университет», г. Тюмень;

Давыденко В.А., д.соц.н., профессор, руководитель магистерской программы по менеджменту направления «Маркетинг» Финансово-экономического института ГОУ ФГБОУ ВПО «Тюменский Государственный Университет», г. Тюмень.