

УДК 311.31

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАТИСТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ЯПОНИИ

Массальский Р.И.

АНО ВПО «Евразийский открытый институт» (109052, г. Москва, ул. Подъемная, д. 12, стр. 1), e-mail: rassalsk@mail.ru

В статье обращено внимание на важность достоверных статистических данных для принятия адекватных и эффективных управленческих решений в государственном управлении в целом и в управлении здравоохранением в частности. Показано значение здравоохранения как одного из ключевых системообразующих факторов национальной безопасности, связанного с экономической, демографической, военной, культурной и научной безопасностью. В статье исследуются данные статистики здравоохранения России и Японии, обоснован выбор такой пары стран для анализа. На примере анализа статистических данных приведены примеры достоверности и недостоверности. Установлена связь между достоверными японскими данными статистики здравоохранения и характером управления, и между недостоверными российскими данными и разрушительным направлением реформы российского здравоохранения как составной части реформ, в ходе которых принимаемые управленческие решения балансируют на грани некомпетентности и умышленного вреда. Выявлен двойственный характер российской статистики, в силу своих особенностей не позволяющей обеспечить эффективное государственное управление в рамках национального государства, но предоставляющей данные для принятия управленческих решений в интересах бенефициаров, не связывающих свое будущее с Россией.

Ключевые слова: эффективность здравоохранения, численность медицинских организаций, численность медицинских кадров, двойственность российской статистики, Симчера, национальная безопасность.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SOME INDICATORS OF HEALTH STATISTICS IN RUSSIA AND JAPAN

¹Massalskii R.I.

ANO HPE «Eurasian Open Institute» (109052, Moscow, ul. Podemnaya, 12, b.1), e-mail: rassalsk@mail.ru

The article drew attention to the importance of reliable statistics for the adoption of adequate and effective management decisions in public administration in general, and in the management of health care in particular. The significance of health as a key national security system factors associated with economic, demographic, military, cultural and scientific safety. The article examines the health statistics of Russia and Japan, justified the choice of a pair of countries for analysis. An analysis of statistical data shows examples of reliability and unreliability. The connection between the authentic Japanese health statistics data and the nature of control, and between the Russian data unreliable and destructive direction of Russian healthcare reforms as part of the reform, in which management decisions are on the brink of incompetence and willful damage. Revealed the dual nature of Russian statistics, because of its features do not allow for an effective governance within the nation-state, but providing data for management decisions in the interest of the beneficiaries do not connect their future with Russia.

Keywords: efficiency of health care, number of the medical organizations, number of medical shots, duality of the Russian statistics, Simchera, national security.

Для развития системы здравоохранения, как в качестве отрасли национальной экономики, так и в качестве социальной функции государства и общественного института, необходимы достоверные статистические данные. Российская Федерация наследовала советскую систему статистики, а в СССР достоверные данные, в том числе по здравоохранению, были закрыты [4], и попытки граждан получить к ним доступ трактовались как угроза государственной

безопасности. Недостоверность данных сохранилась, и именно она представляет угрозу национальной безопасности [1].

Для роста возможностей адаптации зарубежных моделей в развитии российского здравоохранения целесообразно изучение японского опыта:

1. Страны имеют сопоставимую численность населения (142 и 127 млн чел. на июнь 2014 г.).
2. Особенности финансирования здравоохранения в Японии с опорой на национальное самосознание, сочетающего индивидуальное и коллективное так, что построено корпоративное государство, что созвучно перспективной модели российского кооперативного государства.

3. Пример Японии, осознавшей поражение во Второй мировой войне как результат стратегической ошибки руководства, а также неправильной оценки ресурсов, и построившей вторую капиталистическую экономику мира, может быть ценен, поскольку, помимо внешних факторов, неэффективность государственного управления – одна из главных внутренних угроз, особенно в сфере здравоохранения [3]. Тем более, что для обеих стран характерны:

- 1) убыль и старение населения, несмотря на разную среднюю продолжительность жизни (в России рост населения начался только в 2014 г);
- 2) сходные демографические древа;
- 3) сходный менталитет старшего поколения, в плане отношения к медицинским учреждениям, но разное отношение работников здравоохранения к старшему поколению.

Анализ таблиц 1, 2 позволил выявить следующие закономерности.

1. Количество амбулаторно-поликлинических учреждений в России в 2000 – 2011 гг. уменьшилось на 23,47%, при этом неравномерность и несбалансированность сокращений больниц и АПУ видна из таблицы 1: в 2000-2005 гг. сократили больницы на 11,21%, зато появилось в отчетности 500 АПУ (с 21,3 до 21,8 тыс., рост на 2,34%), а в 2005-2006 гг. АПУ стало на 3000 (на 13,76%) меньше. Вопрос: 500 построили, а потом 3000 снесли? Или просто изменили статус ЛПУ, и таким образом изменения коснулись только отчетности?

2. Количество больниц в Японии и России за период с 2000 по 2011 год уменьшалось, в России с 2000 по 2005 г. на 11,21%, в 2005-2006 гг. - на 21%, в 2006-2007 гг. на 9,3%, в 2007-2008 гг. на 4,4%, в 2008-2009 гг. на 0%, в 2009-2010 гг. на 3%, в 2010-2011 гг. на 0%, итого с 2000 по 2011 г. на 41,12%, а число больничных коек за тот же период уменьшилось на 18,1%. В Японии с 2002 по 2005 г. количество больниц уменьшилось на 1,75%, в 2005-2008 гг. на 2,57%, в 2008-2010 на 1,41%, в 2010-2011 – на 0,75%, итого с 2002 по 2011 г. на 6,33%, а больничный коечный фонд уменьшился на 3,62%.

Таблица 1

Численность медицинских учреждений в РФ (на конец 2011 года) [5]

| Годы | Число больничных учреждений, тыс. | Число больничных коек ¹⁾ | | Число амбула- торно- поликлини- ческих учреждений, тыс. | Мощность амбулаторно- поликлинических учреждений, посещений в смену | |
|------|--|--|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| | | всего, тыс. | на 100 000 населения ²⁾ | | всего, тыс. | на 100 000 населения ²⁾ |
| 2000 | 10,7 | 1671,6 | 1150 | 21,3 | 3533,7 | 2432 |
| 2005 | 9,5 | 1575,4 | 1109 | 21,8 | 3637,9 | 2560 |
| 2006 | 7,5 | 1553,6 | 1087 | 18,8 | 3646,2 | 2552 |
| 2007 | 6,8 | 1521,7 | 1066 | 18,3 | 3673,9 | 2574 |
| 2008 | 6,5 | 1398,5 | 980 | 15,5 | 3651,0 | 2558 |
| 2009 | 6,5 | 1373,4 | 962 | 15,3 | 3657,2 | 2560 |
| 2010 | 6,3 | 1339,5 | 938 | 15,7 | 3685,4 | 2580 |
| 2011 | 6,3 | 1347,1 | 942 | 16,3 | 3727,7 | 2606 |

Таблица 2

Численность медицинских организаций и коечного фонда в Японии [7]

| Вид учреждения | 2002 | 2005 | 2008 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Больницы | 9,187 | 9,026 | 8,794 | 8,670 | 8,60 |
| Поликлинические | 94,819 | 97,442 | 99,083 | 99,824 | 99,547 |
| На 100 000 населения | | | | | |
| Всего | 132.7 | 135.6 | 137.6 | 138.1 | 138.0 |
| Больницы..... | 7.2 | 7.1 | 6.9 | 6.8 | 6.7 |
| Поликлинические | 74.4 | 76.3 | 77.6 | 78.0 | 77.9 |
| Коек | | | | | |
| Всего | 1,839,376 | 1,798,637 | 1,756,115 | 1,730,339 | 1,712,539 |
| Больницы..... | 1,642,593 | 1,631,473 | 1,609,403 | 1,593,354 | 1,583,073 |
| Поликлинические | 196,596 | 167,000 | 146,568 | 136,861 | 129,366 |
| На 100 000 населения | | | | | |
| Всего | 1,443.4 | 1,407.7 | 1,375.3 | 1,351.2 | 1,340.0 |
| Больницы..... | 1,289.0 | 1,276.9 | 1,260.4 | 1,244.3 | 1,238.7 |
| Поликлинич | 154.3 | 130.7 | 114.8 | 106.9 | 101.2 |

3. В Японии в 2002-2011 гг. количество клиник общего профиля (поликлиник) увеличилось на 4,99%, их количество на 100 000 населения на увеличилось на 4,7% (рост населения на 0,29%), количество коек в них уменьшилось на 34,2%, при этом уменьшение общего

коечного фонда составило 6,9%, что вполне коррелирует с уменьшением количества больниц на 6,33%. Общее число медицинских учреждений в Японии возросло в 2002-2011 гг. на 4,27%, на 100 000 населения увеличилось на 3,99%, в России в 2000-2011 гг. общее число уменьшилось на 29,37%.

4. Около 100 000 клиник общего профиля (аналог наших поликлиник) в Японии (99547 в 2011 г.) дает 1 клинику на 1275 человек, в России 1 на 9712 чел. В Японии 1 больница со средним коечным фондом (СКФ) 184 приходится на 14760 чел., в России - на 22540 чел., с СКФ 214. При этом СКФ японских больниц вырос за период наблюдения со 178 до 184 (на 3,37%), что коррелирует с уменьшением количества больниц и сокращением коечного фонда. В России же за исследуемый период СКФ в России увеличился с 156 до 214 (на 37,12%), обратно пропорционально коррелирующий с уменьшением количества больниц - особенность российских реформ [6]. Восполнение отрицательное, около - 4%. По данным Российского статистического ежегодника, в субъектах РФ количество коек сокращалось везде, и нигде не достигло уровня 2000 года, при этом по динамике роста количества коек оценить работу федеральных и местных программ невозможно, отсюда понятно, что увеличение койко-мест, как и увеличение числа АПУ и больниц, не входит в приоритеты развития здравоохранения в России [2].

Таблица 3

Численность медицинских кадров в РФ [5]

| Год | Численность врачей | | Численность среднего медицинского персонала | |
|------|---------------------|-------------------|---|-------------------|
| | всего, тыс. человек | на 10 000 человек | всего, тыс. человек | на 10 000 человек |
| 2000 | 680,2 | 46,8 | 1563,6 | 107,6 |
| 2005 | 690,3 | 48,6 | 1529,8 | 107,7 |
| 2006 | 702,2 | 49,1 | 1545,0 | 108,1 |
| 2007 | 707,3 | 49,6 | 1542,5 | 108,1 |
| 2008 | 703,8 | 49,3 | 1511,2 | 105,9 |
| 2009 | 711,3 | 49,8 | 1517,6 | 106,2 |
| 2010 | 715,8 | 50,1 | 1508,7 | 105,6 |
| 2011 | 732,8 | 51,2 | 1530,4 | 107 |

С 2000 по 2011 г. (табл. 3) количество врачей увеличилось на 7,73% (на 100 000 на 9,4%), количество среднего медперсонала уменьшилась на 2,12% (на 100 000 на 0,56%). Разница соответствует уменьшению населения России на 1,56%, что не обязательно соответствует фактическому положению дел, но хотя бы говорит о проделанной статистиками работе по приведению в соответствие различных показателей.

Общая численность сотрудников здравоохранения составила в 2011 г. 2 263 200 человек (1,58% населения). При этом в 2000 году было 1,54%, поэтому рост на 2,6%, за счет сокращения населения на 2,2 млн чел.; при этом в 2000 году в здравоохранении было занято 2 243 800 чел, поэтому рост без учета убыли населения составил 0,86%.

Вышеприведенные выводы сделаны на основе официальных статистических данных. Согласно В.М. Симчере [8], разрыв между официальными и фактическими данными по российской экономике составляет от нескольких процентов до нескольких десятков раз. Чем важнее показатель для оценки результатов деятельности власти, тем выше степень его искажения. Так, размер национального богатства, по официальным данным, составляет 4 трлн долл., а по оценкам В.М. Симчеры, не менее 40 трлн долл. (искажение в 10 раз), занижена оценка интеллектуального капитала (1,5 трлн долл. против 25, в 16,7 раза), основных фондов (2,7 трлн долл. против 16,2, в 6 раз) и др. показатели, заниженные в интересах покупателей российских активов, международных финансовых и кредитных организаций и др., в основном внешних по отношению к российскому обществу и государственным интересам адресатов.

Данные о доле иностранного капитала (20 и 70% соответственно, занижены в 3,5 раза), темпах прироста ВВП (завышены вдвое), темпах инфляции (занижены в 1,5-2 раза), разнице между доходами богатых и бедных, количестве преступлений, демографии, разрыве между доходами субъектов Федерации (14 раз против 42, занижен в 2,5 раза) и о политике государства в области здравоохранения, обращены к населению с целью повысить доверие к власти в условиях постоянного снижения уровня жизни. Примечательно, что разницы между фактическими и статистическими величинами (32,8%) социальных расходов США нет, поскольку нет цели исказить данные [8].

Для Японии и других развитых экономик характерен минимальный, в размере статистической погрешности, разрыв между статистическими и фактическими данными, что обеспечивает высокий уровень управляемости. В России этот разрыв максимален для ключевых показателей, являющихся основой для разработки и принятия стратегических

решений, создается сознательно, и без его преодоления уровень угроз национальной безопасности остается высоким.

Список литературы

1. Андреева О.В. Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения / О.В. Андреева, Н.В. Белова // Здравоохранение. - 2010. - № 10. - С. 14-19.
2. Еремеев Н.В. Двойственные оценки основных показателей развития российской экономики в 2001-2010 гг. [Электронный ресурс] / Госбук: [Сайт]. - URL: <http://www.gosbook.ru/node/41111> (дата обращения: 12.09.14).
3. Какорина Е.П. Методика оценки эффективности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения // Здравоохранение. - 2011. - № 3. - С. 32-35.
4. Колинко А.А. Методы финансового анализа эффективности здравоохранения // Финансы. - 2008. - № 12. - С. 22-26.
5. Колосницина М.Г. Экономика здравоохранения / М.Г. Колосницина, И.М. Шейман, С.В. Шишкина. - М. : ГУ ВШЭ, 2009. - 476 с.
6. Российский статистический ежегодник. - М. : Росстат, 2012. - 786 с.
7. Чубарова Т.В. Система здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики // Вопросы экономики. - 2009. - № 4. - С. 129-134.
8. Японский статистический сборник. - Токио, 2012. - С. 675-697.

Рецензенты:

Клевцов В., д.э.н., профессор кафедры экономической теории и инвестирования ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет экономики, статистики и информатики», г. Москва;

Хазанович Э.С., д.э.н., профессор кафедры экономики и финансов АНО ВПО «Евразийский открытый институт», г. Москва.