

УДК 332.146

ОСНОВНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**Крапивин В.А., Кочкурова Е.А., Кочкуров А.С.***Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород,
e-mail: v_krapivin777@mail.ru, elenakochkurova@mail.ru, yanis315@yandex.ru*

В статье исследуются основные социально-экономические показатели в сфере здравоохранения Нижегородской области за период 2013–2017 гг., отражающие состояние, проблемы и основные тенденции в развитии здравоохранения региона. В частности, с использованием методов сравнительного, ретроспективного анализа, а также статистических методов, проанализирована динамика таких важнейших показателей развития региональной системы здравоохранения и ее инфраструктурного насыщения, как: число больничных коек; мощность амбулаторно-поликлинических организаций; общая численность врачей и врачей терапевтического профиля; первичная общая заболеваемость взрослого населения и заболеваемость по некоторым классам терапевтического профиля. Результаты исследования представлены в обобщенном виде, как по отдельным индикаторам развития нижегородского здравоохранения, так и по целым группам исследуемых показателей. Авторы исследования указывают на необходимость борьбы с нисходящими трендами в развитии здравоохранения исследуемого региона, а также необходимость сохранения и усиления наметившихся положительных тенденций. Для этого, по их мнению, необходимо более активно использовать новые подходы стратегического управления региональным здравоохранением с акцентом на структурно-функциональные преобразования и переходом с экстенсивных принципов и методов развития отрасли на интенсивные. В свою очередь, это требует дальнейшего совершенствования правового, финансового, материально-технического и кадрового обеспечения инфраструктуры врачебной практики.

Ключевые слова: развитие здравоохранения региона, социально-экономические показатели развития здравоохранения, оценка общественного здоровья

BASIC SOCIO-ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH CARE SYSTEM DEVELOPMENT IN THE NIZHNY NOVGOROD REGION**Krapivin V.A., Kochkurova E.A., Kochkurov A.S.***Privolzhsky Research Medical University, N. Novgorod, e-mail: v_krapivin777@mail.ru,
elenakochkurova@mail.ru, yanis315@yandex.ru*

The article examines the main socio-economic indicators in the health sector of the Nizhny Novgorod region for the period 2013-2017, reflecting the state, problems and main trends in the development of health care in the region. In particular, using the methods of comparative, retrospective analysis, as well as statistical methods, the dynamics of such important indicators of the development of the regional health system and its infrastructure saturation as the number of hospital beds; capacity of outpatient organizations; the total number of doctors and doctors of a therapeutic profile; primary general adult morbidity and morbidity in certain classes of therapeutic profile. The results of the study are presented in a generalized form, both for individual indicators of the development of Nizhny Novgorod health care, and for entire groups of studied indicators. The authors of the study point to the need to combat downtrends in the development of health care in the studied region, as well as the need to maintain and strengthen emerging positive trends. For this, in their opinion, it is necessary to more actively use new approaches to the strategic management of regional healthcare with an emphasis on structural and functional transformations and the transition from extensive principles and methods of development of the industry to intensive ones. In turn, this requires further improvement of the legal, financial, material, technical and personnel support of the medical practice infrastructure.

Keywords: regional healthcare development, socio-economic indicators of healthcare development, public health assessment

Эффективное функционирование системы здравоохранения в регионе определяется воздействием социальных, экономических, экологических и управленческих факторов. Однако, в отличие от других отраслей региональной экономики, в здравоохранении основная роль принадлежит социальным регуляторам, так как во главе процесса общественного развития находится человек с его социальными запросами [1].

В современных реалиях здоровье населения рассматривается не только как медицинская, но и как социально-экономическая

категория, оказывающая непосредственное влияние на эффективность труда и производства во всех отраслях регионального хозяйства [2]. В связи с данными обстоятельствами актуальность и сложность проблемы формирования и охраны здоровья значительно возрастают.

Демократизация общественной жизни выдвинула в число первоочередных проблему интенсификации развития региональных систем здравоохранения. Рост затрат на поддержание и укрепление здоровья граждан привел к необходимости повыше-

ния эффективности управления системой формирования и охраны здоровья с учетом взаимодополняемости и взаимозаменяемости направлений здравоохранительной деятельности [3]. Необходимо понимать, что повышение эффективности управления региональными системами здравоохранения возможно без развития методологических подходов к оценке общественного здоровья, без системы объективных критериев его оценки, а также без определения управленческих, политических и социально-экономических целевых приоритетов формирования и охраны здоровья населения. Аналогичные доводы подтверждаются и в ранее опубликованных работах М.С. Гурьянова, О.А. Дошанникова, Т.В. Поздеевой, Ю.Н. Филиппова, А.Л. Хлапова, Т.В. Зыковой [4–6].

Цель исследования: комплексный анализ основных социально-экономических индикаторов в сфере здравоохранения Нижегородской области, отражающих организационно-экономический потенциал регионального здравоохранения, а также выявление факторов, препятствующих развитию инфраструктуры региональной системы здравоохранения.

Материалы и методы исследования

В исследовании авторами комплексно применялись методы сравнительного, ретроспективного анализа, социологические и статистические методы которые позволили получить максимально точную информацию и проанализировать динамику наиболее важных показателей региональной системы здравоохранения за период 2013–2017 гг. Для представления результатов исследования в обобщенном виде и по отдельным индикаторам развития нижегородского здравоохранения использовался графический и табличный инструментарий.

Результаты исследования и их обсуждение

Авторами был проведен анализ показателей количества больничных коек и мощности амбулаторно-поликлинических орга-

низаций Нижегородской области, который показал, что с 2013 по 2016 г. наблюдается тенденция уменьшения числа больничных коек с 33697 ед. в 2013 г. до 28276 ед. в 2016 г. при незначительном увеличении на 78 ед. до 28354 ед. в 2017 г. Сокращение числа коек за 5 лет составило 5343 ед. в абсолютном выражении или на 15,9% в относительном выражении, что подтверждается и данными табл. 1.

В то же время за период 2013–2016 гг. увеличилось количество посещений населением амбулаторно-поликлинических организаций в смену на 8937. Прирост составил 10%. На 10000 чел. населения количество посещений в смену имело тенденцию к увеличению и составило 272,3 и 302,7 соответственно. Вместе с тем в 2017 г. наблюдается уменьшение числа посещений на 3661 или на 3,3% посещений на 10000 чел. населения, что и продемонстрировано на рис. 1 (построено авторами на основании данных источника [7]).

Авторами были исследованы основные показатели количества больничных коек и мощности амбулаторно-поликлинических организаций Нижегородской области за период 2013–2016 гг., которые позволили сделать вывод о приросте использования населением возможностей амбулаторно-поликлинических организаций при снижении доступности стационарной помощи. Выявлено, что в указанный период населению не было оставлено выбора: либо идти в поликлиники, либо остаться без медицинской помощи. В 2017 г. ситуация стала меняться в противоположную сторону. Наблюдалось увеличение больничных коек в формате стационарной помощи и вполне ожидаемое уменьшение использования мощностей амбулаторно-поликлинических организаций. Можно предположить, что руководители в сфере здравоохранения Нижегородской области стали понимать необходимость увеличения возможностей стационарной помощи.

Таблица 1

Показатели количества больничных коек и мощности амбулаторно-поликлинических организаций Нижегородской области

| Годы | Число больничных коек | | Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену | |
|------|-----------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | Всего, единиц | на 10 000 человек | всего, единиц | на 10 000 человек населения |
| 2013 | 33697 | 102,7 | 89358 | 272,3 |
| 2014 | 32121 | 98,2 | 90614 | 277,1 |
| 2015 | 29060 | 89,1 | 94650 | 290,3 |
| 2016 | 28276 | 87,1 | 98295 | 302,7 |
| 2017 | 28354 | 87,7 | 94634 | 292,6 |

Примечание. Составлено автором на основании источника [7].

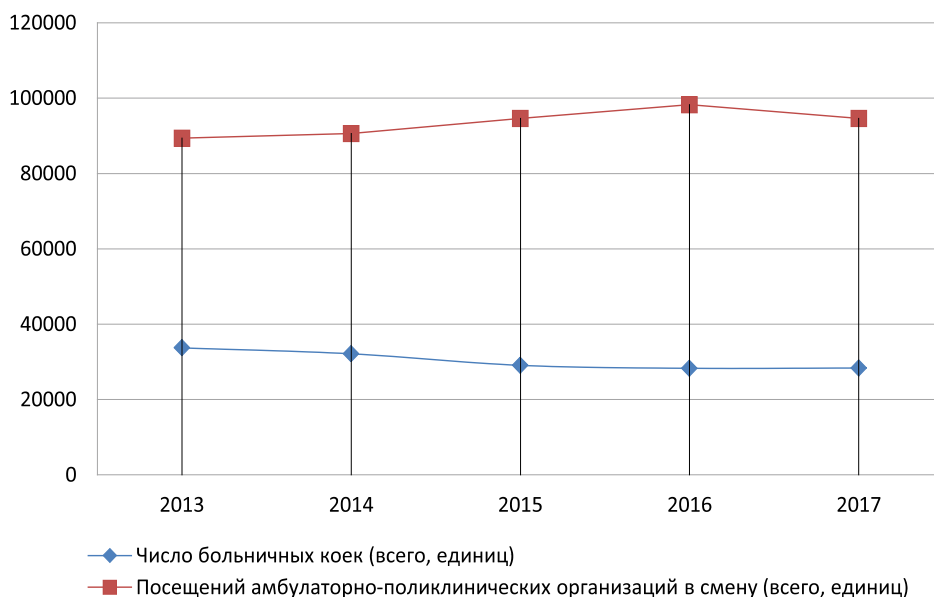


Рис. 1. Показатели количества больничных коек и мощности амбулаторно-поликлинических организаций Нижегородской области за период 2013–2017 гг.

Можно несколько раз посетить врача в поликлинике с одним и тем же диагнозом заболевания, в запущенной форме, не вылеченного в амбулаторных условиях, либо один раз воспользоваться стационарной помощью, достигнув полноценной диагностики и систематизированного лечения, которое предоставляется путем непрерывного врачебного наблюдения. Авторы считают движение в сторону точечного увеличения возможностей стационарной помощи более разумным.

Следующим показателем развития нижегородского здравоохранения является показатель первичной общей заболеваемости взрослого населения. Исследование данного показателя позволило выявить следующие тенденции: за период 2013–2014 гг. наблюдается подъем первичной общей заболеваемости взрослого населения с 2939,5 тыс. чел. до 3011,5 тыс. чел. Абсолютное изменение на 72,3 тыс. чел. В перерасчете на 1000 чел. населения за период 2013–2014 гг. данный показатель увеличился с 894,6 до 919,3. Прирост составил 2,8% на 1000 чел. населения, что подтверждается данными табл. 2. За период 2014–2017 гг. наблюдается тенденция снижения первичной общей заболеваемости взрослого населения. Абсолютное изменение составляет 184,3 тыс. чел., что в перерасчете на 1000 чел. населения демонстрирует снижение с 919,3 случаев в 2014 г. до 872,2 в 2017 г. Снижение данного показателя на 5,1%, что указывает на позитивные изменения. Исследование показателей

первичной заболеваемости взрослого населения по классам терапевтического профиля позволяет утверждать, что по классу болезни крови, кроветворных органов за период 2013–2016 гг. есть тенденция к увеличению заболеваемости взрослого населения. К примеру, по болезням класса «болезни крови» наблюдается абсолютное увеличение на 2,4 тыс. чел, что в перерасчете на 1000 чел. населения демонстрирует увеличение с 1,7 случаев до 2,4 за рассматриваемый период.

Зафиксировано увеличение на 41,2%, что является крайне негативной тенденцией. Вместе с тем в 2017 г. по болезням данного класса наблюдаем резкое снижение заболеваемости с 7,8 тыс. чел. до 6,8 тыс. чел. или на 1 тыс. человек в абсолютном выражении. В перерасчете на 1000 чел. населения составляет снижение с 2,4 случаев до 2,1. Снижение данного показателя на 12,5% улучшает ситуацию, но не компенсирует рост в 41,2% за предыдущие четыре года.

По классу «болезни системы кровообращения» за период 2013–2016 гг. выявлена тенденция увеличения заболеваемости взрослого населения с 90,0 тыс. чел. до 152,8 тыс. чел. или с 27,4 случаев до 47,0 на 1000 чел. населения. Рост 71,5%, который является, по сути, катастрофическим. Однако снижение заболеваемости взрослого населения по данному классу в 2017 г. снижение с 47,0 случаев до 40,8 на 1000 чел. населения (снижение 13,2%) является уже относительно хорошим сигналом.

Таблица 2

Показатели первичной общей заболеваемости взрослого населения по некоторым классам терапевтического профиля в ней Нижегородской области*

| Годы | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|
| | Всего, тыс. человек | | | | |
| Все болезни | 2939,5 | 3011,5 | 2978,3 | 2971,0 | 2827,2 |
| Болезни по классам | | | | | |
| болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 5,4 | 6,0 | 6,5 | 7,8 | 6,8 |
| болезни системы кровообращения | 90,0 | 104,7 | 145,1 | 152,8 | 132,3 |
| болезни органов дыхания | 1394,3 | 1465,2 | 1419,5 | 1484,0 | 1510,0 |
| болезни эндокринной системы, питания и нарушения обмена веществ | 30,9 | 34,2 | 39,1 | 43,9 | 41,2 |
| | На 1000 населения | | | | |
| Все болезни | 894,6 | 919,3 | 912,1 | 913,0 | 872,2 |
| Болезни по классам | | | | | |
| болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 1,7 | 1,8 | 2,0 | 2,4 | 2,1 |
| болезни системы кровообращения | 27,4 | 32,0 | 44,4 | 47,0 | 40,8 |
| болезни органов дыхания | 424,4 | 447,3 | 434,7 | 456,0 | 465,9 |
| болезни эндокринной системы, питания и нарушения обмена веществ | 9,4 | 10,4 | 12,0 | 13,5 | 12,7 |

Примечание. * Составлено автором на основании источника [7].

По болезням класса «болезни органов дыхания» за период 2013–2016 гг. наблюдается резкий подъем заболеваемости взрослого населения с 1394,3 тыс. чел. до 1510,0 тыс. чел. Изменения на 115,7 тыс. человек в абсолютном выражении (рост 8,3%). В перерасчете на 1000 чел. населения наблюдается динамика роста с 424,4 случаев до 465,9 (рост на 9,8%).

По болезням класса «болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» в период 2013–2016 гг. наблюдается тенденция увеличения заболеваемости взрослого населения в абсолютном выражении на 13 тыс. чел. (рост 42,1%). В перерасчете на 1000 чел. населения динамика с 9,4 случае до 13,5 (рост на 43,6%). В то же время в 2017 г. выявляется неуверенное снижение показателя до 12,7 тыс. человек. Или с 13,5 случаев на 1000 чел. населения до 12,7 (снижение на 5,9%).

Таким образом, анализ случаев заболеваемости взрослого населения по классам позволил установить, что в период 2013–2016 гг. наблюдается достаточно резкий подъем первичной общей заболеваемости населения, но за период 2016–2017 гг. видим тенденцию снижения данного показателя. При этом, как правило, снижение количества заболевших в 2017 г. не отыгрывает рост данных показателей за предыдущие четыре года. Можно пред-

положить, что за период 2013–2016 гг., увеличение количества заболевших связано с улучшением первичной диагностики и внедрением современных методов обнаружения заболеваний. Хочется верить, что немаловажную роль в этом сыграла диспансеризация. При этом, доверяя органам государственной статистики, весьма затруднительно найти объяснение устойчивому снижению заболеваемости по большинству рассмотренных классов в 2017 г. при неуклонном ее увеличении за предшествующие четыре года.

В части исследования мощности амбулаторно-поликлинических организаций, первичной общей заболеваемости взрослого населения, нельзя не остановиться на анализе общей численности врачей и врачей терапевтического профиля, поскольку при исследовании предыдущей группы показателей заболеваемости установлена тенденция увеличения заболеваемости по классам болезней терапевтического профиля.

Исследование показателей общей численности врачей позволяет утверждать, что за период 2013–2017 гг. наблюдается устойчивое снижение исследуемого параметра. Снижение составило 1069 чел. или 6,6% в относительном выражении за рассматриваемый период. В перерасчете на 10000 чел. населения количество врачей уменьшилось на 5,3%, что подтверждается данными рис. 2.

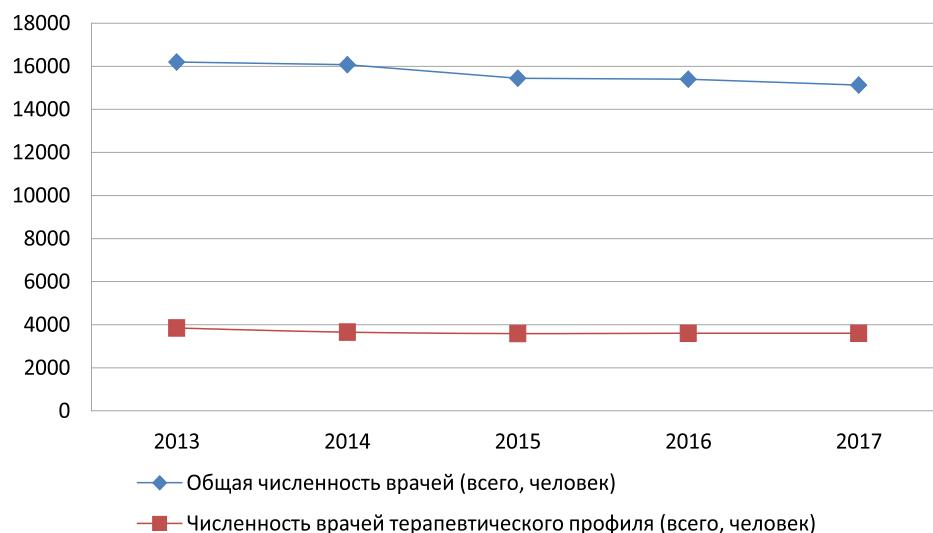


Рис. 2. Анализ показателей общей численности врачей и врачей терапевтического профиля Нижегородской области (построено авторами на основании данных источника [7])

Обращает на себя внимание динамика количества врачей терапевтического профиля: сокращение терапевтов за период 2013–2017 гг. составило 242 чел., или 6,3%. На 10000 чел. населения произошло изменение количества врачей терапевтического профиля с 11,7 чел. в 2013 г. до 11,1 в 2017 г., что меньше на 5,1%.

Качественный состав и количество врачей являются основными звеньями эффективного механизма работы регионального здравоохранения. Ослабление кадрового состава врачей, его «размывание», особенно в сельской местности, может привести к менее полноценному вниманию к пациенту и большей вероятности диагностических ошибок, как при диагностированном заболевании, так и первичной индикации, как рутинных, так и редких нозологий. В связи с поздней диагностикой, в дальнейшем все это может являться причиной для обращения к дорогостоящей высокоспециализированной помощи и возможной ее неэффективности с последующей потерей работоспособности. Кроме того, из-за увеличения нагрузки на врачей последним недостаточно времени для проведения санитарно-просветительской работы с населением с целью поднятия культуры наблюдения за здоровьем, что является одной из обязанностей медицинской персонала. Все это самым негативным образом сказывается на эффективности работы системы здравоохранения области, особенно в удаленных от областного центра районах и населенных пунктах.

Выводы

Исследование основных социально-экономических показателей в сфере здравоохранения Нижегородской области показало, что по большинству параметров в период 2013–2016 гг. наблюдались в основном нисходящие тренды, что не может не вызывать опасений. Вселяет уверенность, что 2017 г. для нижегородского здравоохранения во многом стал переломным. Это хорошо видно из приведенных выше таблиц и рисунков.

Главная задача органов управления и власти Нижегородской области сохранить наметившиеся положительные тенденции в основных социально-экономических индикаторах регионального здравоохранения в 2017 г. Для этого необходимо более активно использовать новые подходы стратегического управления региональным здравоохранением с акцентом на структурно-функциональные преобразования и последовательный переход на интенсивные принципы и методы развития отрасли. Очевидно, что в этом случае эффективность развития регионального здравоохранения должна базироваться на повышении качества и технологичности медицинской помощи, совершенствовании профессиональной подготовки медицинских работников, создании условий для экономической и социальной мотивации их труда.

В свою очередь, структурно-функциональные преобразования регионального здравоохранения должны учесть запрос

общества на смещение акцентов со специализированной помощи на первичную медико-социальную помощь. Это подразумевает необходимость пересмотра финансового, материального и технического обеспечения организации медицинских услуг, формирование кадрового потенциала семейных врачей и врачей общей практики.

Список литературы

1. Калашников К.Н., Шабунова А.А., Дуганов М.Д. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 153 с.
2. Щепин О.П. Региональные аспекты развития здравоохранения. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2014. № 5. С. 3–7.
3. Яшин С.Н., Крапивин В.А., Мирошкин П.П. Региональные инновационные системы: вопросы формирования и развития: монография. Н. Новгород: Издательство ООО «Издательство «Пламя», 2016. 160 с.
4. Доцанникова О.А., Поздеева Т.В., Филиппов Ю.Н., Хлапов А.Л. Роль региональных программ социально-экономического стимулирования в привлечении врачебных кадров в систему сельского здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2018. Т. 62. № 4. С. 172–180.
5. Зыкова Т.В., Кочкурова Е.А. Социально-экономические проблемы устойчивого развития сферы санаторно-курортных услуг нижегородской области // Фундаментальные исследования. 2019. № 7. С. 53–59.
6. Крапивин В.А. Региональная экономика: учеб.-мет. пособие. Н. Новгород: ФГОУ ВПО ВГАВТ, 2005. 60 с.
7. Нижегородская область в цифрах 2018 г. [Электронный ресурс]. URL: http://nizhstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/nizhstat/ru/publications/official_publications/electronic_versions/ (дата обращения: 08.10.2019).