

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

В представленной статье на основе анализа теоретических и практических материалов дана оценка выполнению социальных стандартов по системе здравоохранения в разрезе административно-территориальных единиц Могилевской области посредством кластерного анализа с использованием программы *Statistica*. В ходе научного исследования были выявлены особенности обслуживания населения в сфере здравоохранения, позволяющие использовать дифференцированный подход к разработке для районов области направлений по укреплению и улучшению здоровья населения.

Особое внимание уделено научной трактовке категории "здоровье" и факторам, влияющим на его состояние. Статья отражает вопросы финансирования системы здравоохранения по разным странам и его источники. В основе проведенного авторами анализа лежат данные Всемирной организации здравоохранения, статистики и социологического опроса.

Эффект от происходящих в экономике преобразований зависит от состояния здоровья населения. Обратимся к категории " здоровье", которое имеет множество оттенков, поскольку в литературе встречаются такие понятия, как " здоровье", "состояние здоровья", "уровень здоровья" и др. Кроме того, выделяют: здоровье индивидуума или отдельного человека; групповое здоровье, то есть здоровье малых социальных и этнических групп; здоровье населения по административно-территориальным единицам; общественное здоровье – здоровье общества, популяции в целом. В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье определяется как "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов" [1, с. 391]. В данном определении подчеркивается неоднозначность соотношений между здоровьем и болезнями: отсутствие последних не является абсолютным критерием здоровья, в силу чего человек здоровый по медицинским понятиям может, тем не менее, располагаться в "зоне неблагополучия" и, следовательно, быть нездоровым по другим, более строгим оценкам. Наряду с этим в определении ВОЗ в один ряд с традиционными критериями здоровья – физическим и душевным – поставлен критерий социальный. Поэтому из сферы чисто медицинских исследований изучение здоровья населения "шагнуло" в экономику, социологию, географию, экологию и другие науки.

И.Н. Горбачев отождествляет понятия " здоровье" и "оптимальное состояние организма" и пишет: "Оптимальное состояние организма или здоровье – это протекание всех процессов в системе с наиболее возможной активностью, слаженностью, надежностью, экономичностью и эффективностью... Понятие " здоровье" должно включать в себя не только нормальное состояние организма, но и нормальное его реагирование на любое воздействие, его функциональные возможности в экстремальных условиях..." [2, с. 4].

В.П. Корчагин под здоровьем населения понимает "процесс, определяемый уровнем состояния биосоциальной системы населения, результат биологичес-

кой эволюции и социального развития человеческой популяции за весь период ее существования" [3, с. 102].

М.С. Бедный определяет понятие "состояние общественного здоровья" как "совокупность статистических показателей, характеризующих процесс воспроизведения здоровья поколений на основе взаимодействия биологических и социально-экономических закономерностей", то есть как совокупность взаимосвязанных показателей или систему количественных характеристик разных сторон здоровья населения. Представляется, что разработка системы показателей здоровья есть единственно возможный путь решения проблемы, а попытки свести столь сложное понятие к однозначной характеристику не могут принести успеха [4, с. 133].

Ученые А.И. Вялков, И.А. Гундаров, В.А. Полесский пишут, что "общественное здоровье – это способность населения обеспечивать воспроизведение полноценного потомства, необходимую продолжительность жизни и адекватную трудовую активность" и что "при его оценке необходимо измерять полноценность биологического воспроизводства, ожидаемую продолжительность жизни и степень дееспособности" [5, с. 7].

Из вышеизложенного можно заключить, что понятие "здоровье", какого бы рационального определения ни придерживаться, имеет качественное и количественное толкование. При этом последнее характеризуется целой системой показателей смертности, заболеваемости, здравоохранения.

Ссылаясь на данные экспертов ВОЗ, отметим, что здоровье человека на 18-20% зависит от условий окружающей среды, на 8-10% – от уровня развития медицины, на 20-22% – от наследственной предрасположенности к болезням и на 50-54% – от образа жизни человека.

В ходе проведенного нами выборочного социологического исследования в области оценки уровня своего здоровья населением города Могилева было опрошено 86 человек в возрасте от 17 до 60 лет, из них – 38 мужчин и 48 женщин. Среди респондентов 61,6% оценили свое здоровье как "удовлетворительное", 33,7% – как "хорошее", 3,5% – как "плохое" и 1,2% – как "отличное". Причем мужчины чаще, чем женщины дают положительную оценку своему здоровью. Так, доля мужчин среди опрошенных, которые оценили здоровье как "удовлетворительное", составила 40%, а доля женщин – 60%; "отличным" называло свое здоровье только мужское население, а "плохим" – только женское.

Поэтому в указе № 1 Президента Республики Беларусь от 1 января 2008 г. отмечается, что "в целях создания условий для дальнейшего формирования здорового образа жизни, развития здравоохранения, физической культуры и спорта, обеспечения экологической безопасности, сохранности нравственных ценностей и культуры взаимоотношений в нашей стране 2008 год объявлен Годом здоровья" [6].

Проведенный анализ научной и периодической литературы позволяет построить схему основных факторов и условий, оказывающих влияние на здоровье как всего населения страны, так и отдельного человека (см. рис. 1).

Основным фактором, влияющим на здоровье нации, является образ жизни, то есть устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экологических условиях способ жизнедеятельности человека. Он включает большой набор факторов, которые оказывают позитивное или негативное воздействие на здоровье человека: режим труда, учебы, отдыха, быта, семейные и внутрипроизводственные отношения, различные поведенческие факторы. Поэтому для успешной адаптации человека к меняющимся условиям окружающей среды и поддержания здоровья необходимо вести здоровый образ жизни. Характерным для со-

временного образа жизни населения являются широкое распространение поведенческих факторов риска для здоровья, к основным из которых относятся: не полноценное и нерациональное питание, гиподинамия, злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков.

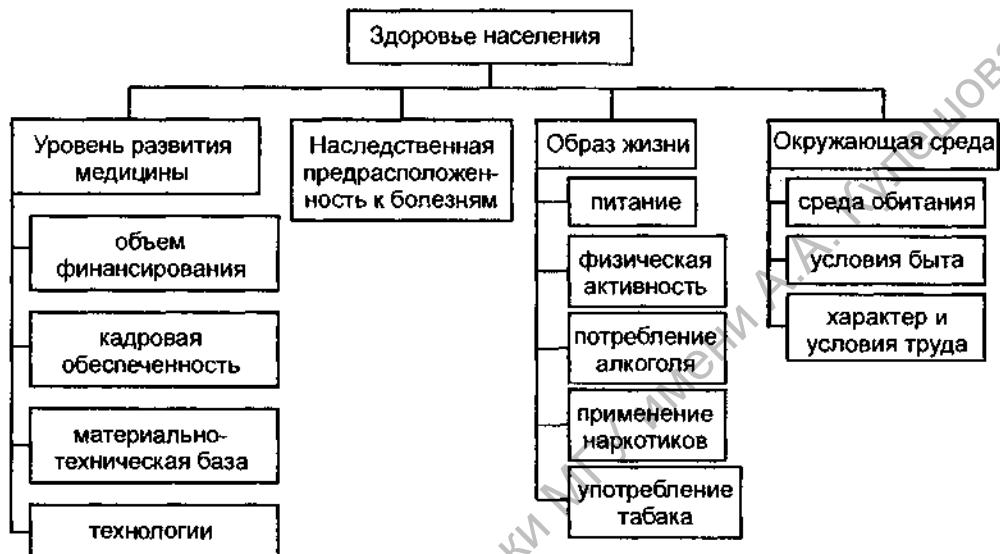


Рис. 1. Схема факторов, влияющих на здоровье населения

В обеспечении высокого уровня здоровья важная роль принадлежит рациональному питанию. Оно способствует поддержанию организма в оптимальном физиологическом состоянии, сохранению высокой работоспособности, отдалению старости и увеличению продолжительности жизни. Важнейшим условием рационального питания является правильное сочетание всех пищевых веществ в суточном рационе человека, при том они должны быть введены в количествах, полностью покрывающих траты организма как в количественном, так и в качественном отношении. Изучение фактического питания населения Могилевской области на основе статистических данных позволило выявить общие негативные тенденции: питание является чаще всего несбалансированным и нерациональным, отмечается избыточное поступление жиров, особенно животного происхождения, недостаточное поступление ряда минеральных веществ, витаминов и пищевых волокон. Кроме того, как выяснилось в ходе проведенного нами социологического исследования, само население чаще всего оценивает свое питание как "среднее" – 76,7%, "низким" назвали уровень питания 12,8% респондентов и только 10,5% опрошенных – высоким.

Физическая активность и занятия спортом имеют важную и тесную связь со здоровьем. Регулярная умеренная физическая активность способствует сохранению и укреплению здоровья, разностороннему физическому и духовному развитию, снижению заболеваемости, продлению творческого долголетия населения. В последние годы отмечается увеличение количества человек, посещающего спортивные залы и клубы, физкультурно-оздоровительные комплексы, дома спорта. В результате нашего социологического опроса были получены данные, которые свидетельствуют о том, что только 1/3 респондентов не занимаются спортом вообще, 1/4 посещает спортивные учреждения, а остальные (около 45%) делают физические упражнения в домашних условиях. Стимулирование здо-

вого образа жизни направлено на то, чтобы каждый не только занимался физическими упражнениями, но и исключил из употребления наркотики, сигареты, алкоголь, влияющие на развитие человеческого потенциала.

Неутешительной является статистика смертности населения Могилевской области в трудоспособном возрасте от причин, связанных с употреблением алкоголя. Так, за период с 1995 по 2005 гг. число лиц, умерших в трудоспособном возрасте от алкоголизма, увеличилось более чем в 2 раза – с 32,3 до 73,2 человека на 100 тыс. населения трудоспособного возраста, в том числе количество мужчин – в 2 раза (с 53,7 до 117,7 человек на 100 тыс. населения трудоспособного возраста), женщин – в 3 раза (с 8,7 до 25,3 человека на 100 тыс. населения трудоспособного возраста) [7, с. 49].

Ухудшение состояния здоровья населения происходит и в результате воздействия таких отрицательных факторов, как продолжающиеся негативные изменения среды обитания; последствия катастрофы на ЧАЭС; неудовлетворительные условия труда и быта. Таюже острой является жилищная проблема для Республики Беларусь, а что касается обеспеченности населения Могилевской области жильем, то в среднем на одного человека приходится 24 м² общей площади, в том числе в городах – 21,2 м², в сельской местности – 31,8 м² [7, с. 98]. Хотя на селе обеспеченность жильем лучше, но сами жилищные условия намного хуже, чем в городе. Так, удельный вес жилищного фонда, оборудованного водопроводом, канализацией, центральным отоплением составляет около 55%, а горячим водоснабжением – лишь 26% [7, с. 99]. Все это приводит к трудностям в поддержании надлежащего санитарного состояния, что отрицательно сказывается на здоровье сельских жителей.

Условия и характер труда являются главными факторами, оказывающими влияние на уровень заболеваемости занятого населения, продолжительность их жизни и общее здоровье работников. По расчетам экспертов ВОЗ, вследствие воздействия вредных и опасных производственных факторов на состояние здоровья работников период трудоспособности сокращается на 4,6 года у мужчин и 2,9 года у женщин. Иначе говоря, численность трудоспособных мужчин в течение всего периода трудоспособности уменьшается примерно на 11%, женщин – на 7,4%. Несчастные случаи, отравления и травмы на производстве сокращают предстоящую продолжительность трудоспособности населения.

Особую роль в сохранении здоровья населения играет система здравоохранения. В каждой стране мира существует собственная модель здравоохранения со своими особенностями, организация которой зависит от многих факторов: уровня экономического и социального развития страны, исторических и культурных особенностей, традиций и др. Одна из самых простых и распространенных классификаций общественных систем здравоохранения – разделение их преимущественно на бевериджские, бисмаркские и модель Семашко (советскую модель). Основой для систематизации моделей здравоохранения является преобладание той или иной формы финансирования, сочетание централизации и децентрализации управлеченческих функций. Принято выделять четыре основных источника финансирования: 1) поступления от общего налогообложения; 2) взносы в систему обязательного медицинского страхования; 3) взносы в систему добровольного медицинского страхования; 4) непосредственные расчеты пациента наличными с поставщиками медицинских услуг. При этом практически все модели здравоохранения сочетают все названные финансовые источники. Так, финансирование здравоохранения Германии складывается из обязательных страховых взносов – 75%, налогов – 10%, премий по добровольному страхованию – 10%, платных услуг – 5%; финансовыми ресурсами системы здраво-

охранения Великобритании являются средства бюджетов всех уровней (84%), взносы в систему добровольного медицинского страхования (12%) и соплатежи населения (4%); расходы на здравоохранения США финансируются за счет государственного страхования – 46%, частного страхования – 31%, оплачиваемых пациентами услуг – 23% [8, с. 68]. Расходы на систему здравоохранения в различных странах представлены на рис. 2.

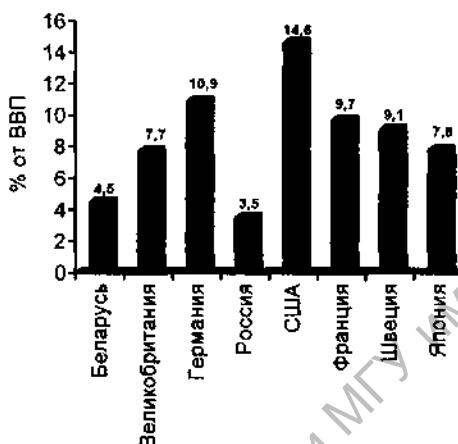


Рис. 2. Уровень расходов на здравоохранение в ВВП [9, с. 17].

По данным ВОЗ, чтобы обеспечить потребность общества в современном медицинском обслуживании и восстановление трудоспособности граждан, требуется средств не менее 7-8% от ВВП, в то время как в развитых странах выделяется от 8 до 12%, а в Республике Беларусь – 4,5%. Однако необходимо отметить за последнюю пятилетку увеличение расходов на здравоохранение в расчете на одного белоруса в 2,4 раза, т.е. с 52,7 до 128,5 \$ США [9, с. 17].

Развитие системы здравоохранения Республики Беларусь зависит от уровня ее формирования в разрезе регионов и выполнения в них социальных стандартов, обеспечивающих поддержание здоровья населения. Функции социально-экономических нормативов в области здравоохранения выполняют:

- норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, устанавливаемый ежегодно с утверждением бюджета;
- норматив обеспеченности врачами общей практики, участковыми врачами – 1 врач на 1300 жителей;
- норматив обеспеченности койками – 9 коек на 1000 жителей;
- норматив обеспеченности аптеками – 1 аптека на 8000 жителей;
- норматив обеспеченности врачебными, фельдшерскими и специализированными бригадами скорой медицинской помощи – 1 бригада на 12,5 тысяч жителей [10].

Хотя эти нормативы и относятся к числу организационных технологий, отличающихся высокой степенью зрелости, но они требуют дальнейшей доработки, так как проведенный нами анализ их выполнения по Могилевской области за 2004 – 2006 гг. вскрыл ряд присущих им недостатков.

1) Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя отражает только уровень сложившихся экономических возможностей региона и не выявляет степень реальной удовлетворенности граждан в медицинской помощи. Поэтому при установлении этого норматива

нужно исходить не из достигнутого уровня, а из гарантировавшего человеку достойное медицинское обслуживание. Кроме того, норматив бюджетной обеспеченности в большей мере нацелен на количественные показатели и не повышает возможности получения населением полноценной и качественной медицинской помощи.

2) Проблемой реализации норматива обеспеченности врачами практически во всех районах области является очень низкая обеспеченность физическими лицами врачебных должностей в отличие от обеспеченности врачами в расчете на штатные должности (рис. 3), что говорит о необходимости пересмотра данного норматива и планирования его отдельно по физическим лицам и отдельно по штатным должностям, а также раздельно для врачей общей практики, терапевтов и участковых педиатров.

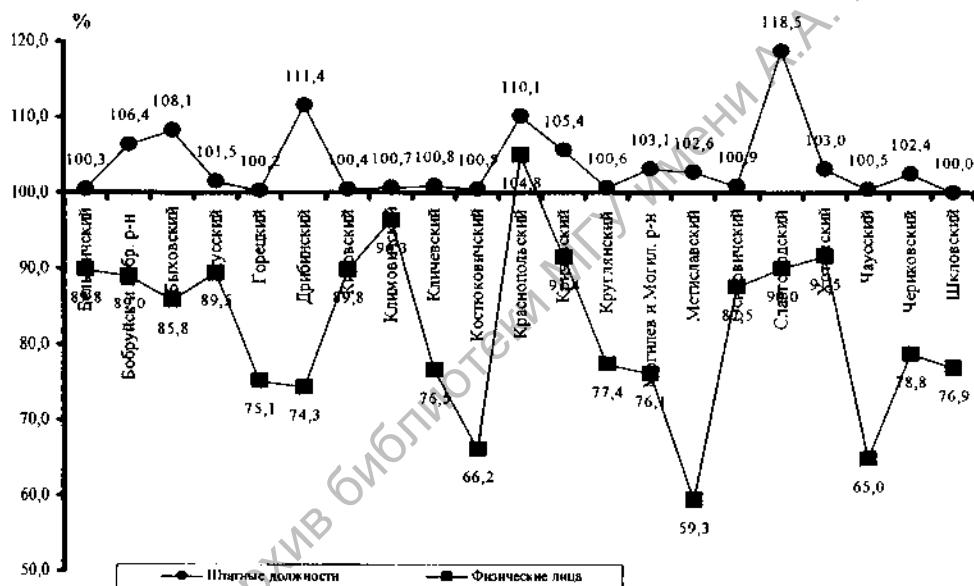


Рис. 3. Выполнение норматива обеспеченности врачами первичного звена Могилевской области в 2006 году

3) Достаточно большое перевыполнение норматива обеспеченности койками свидетельствует о медленных темпах развития и внедрения стационарно-замещающих форм оказания медицинской помощи, института врача общей практики. Коек может быть и меньше, но при этом должна быть изменена их функциональная структура и повышенена техническая оснащенность. Кроме того, следует наладить учет использования жителями каждого региона коек на районном, межрайонном, областном и республиканском технологических уровнях.

4) Анализ выполнения норматива обеспеченности аптеками показал, что его необходимо рассчитывать с учетом аптек государственной, в том числе аптечных пунктов первой и второй категорий, и негосударственной форм собственности, поскольку обеспечение лекарственными средствами при амбулаторном лечении, за исключением льготируемых категорий населения и лиц с отдельными заболеваниями, осуществляется за счет собственных средств граждан.

5) Норматив обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи должен планироваться раздельно для врачебных, фельдшерских и специализиро-

ванных бригад скорой медицинской помощи, что повысит содержательность и информативность данного показателя.

Кроме этого, на основании данных о выполнении регионами (районами и городами) Могилевской области социальных стандартов по обслуживанию населения в области здравоохранения нами проведена группировка административных регионов области с целью обеспечения дифференцированного подхода к разработке направлений совершенствования системы здравоохранения регионов, образующих отдельные группы.

Для группировки в данном случае был использован кластерный анализ с помощью программы STATISTICA, где в качестве объектов кластеризации выступили регионы Могилевской области, а в качестве параметров анализа – фактическое выполнение социальных стандартов по обслуживанию населения в области здравоохранения. Применение этого вида анализа обосновано тем, что имеется большое количество параметров, на основании которых определяется однородность групп (кластеров), заранее неизвестно число кластеров и нет результативного признака или зависимой переменной. Результаты кластеризации представлены в виде дендрограммы регионов (рис. 4).

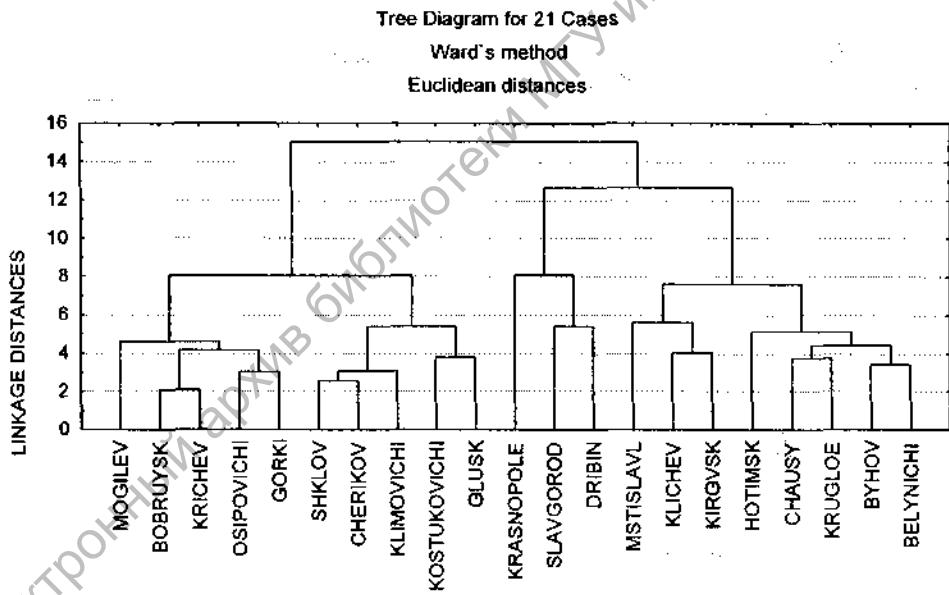


Рис. 4. Дерево объединения регионов Могилевской области в кластеры методом Уорда с использованием метрики Евклидово расстояние

Исходя из выполнения данными группами социальных стандартов по обслуживанию населения в области здравоохранения за 2004 – 2006 гг. (табл. 1), можно выделить следующие особенности:

- регионами I группы (Горецкий, Кричевский, Осиповичский районы, г. Бобруйск и Бобруйский район, г. Могилев и Могилевский район) не исполнялись то одни, то другие социальные стандарты. Причем среди всех кластеров это единственная группа, в которой было зафиксировано недовыполнение абсолютно всех показателей и самая низкая обеспеченность по нормативу бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, а также по нормативам обеспеченности койками и аптеками;

- в регионах, входящих во II группу (Глусский, Климовичский, Костюковичский, Чериковский, Шкловский районы), на протяжении трех лет выполнялись практически все социальные стандарты, за исключением норматива обеспеченности врачами в 2004 – 2005 гг. как по штатным должностям, так и по физическим лицам;
- регионами III группы (Дрибинский, Краснопольский, Славгородский районы) были выполнены почти все показатели, кроме норматива обеспеченности врачами, значения которого имели вариационный характер. Кроме того, эта группа характеризуется наибольшим перевыполнением всех остальных социальных стандартов, за исключением норматива обеспеченности аптеками;
- в IV группе регионов (Кировский, Кличевский, Мстиславский районы) отмечалось недовыполнение норматива обеспеченности врачами и по штатным должностям, и по физическим лицам, а также норматива обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи, при чем по последнему показателю среди всех кластеров регионов в данной группе – самая низкая обеспеченность;
- регионами V группы (Бельничский, Быховский, Круглянский, Хотимский, Чаусский районы) также не выполнялся норматив обеспеченности врачами, а все остальные показатели были исполнены, при этом норматив обеспеченности аптеками в данной группе имеет наибольшее перевыполнение по сравнению с другими кластерами регионов.

Таблица 1
Выполнение группами регионов Могилевской области социальных стандартов по обслуживанию населения в области здравоохранения за 2004 – 2006 гг.

Социальный стандарт в области здравоохранения	Выполнение социального стандарта за 2004 – 2006 годы (%)				
	I группой	II группой	III группой	IV группой	V группой
Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя	95,4-113,4	100,0-129,7	109,7-134,6	100,1-114,5	103,4-129,2
Норматив обеспеченности врачами:					
в расчете на штатные должности	96,9-108,2	84,4-115,3	62,5-118,5	72,6-107,0	96,6-108,1
в расчете на физические лица	75,1-91,4	64,6-101,8	30,7-104,8	59,3-89,8	62,3-91,6
Норматив обеспеченности коиками	95,6-125,6	103,3-126,7	115,6-135,6	104,4-133,3	110,0-134,4
Норматив обеспеченности аптеками	91,1-147,6	110,3-193,9	108,8-228,6	108,8-260,2	137,2-281,7
Норматив обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи	91,8-105,1	100,2-132,3	113,0-178,6	85,0-130,9	102,8-166,7

Таким образом, исследование полученных в результате кластерного анализа групп регионов Могилевской области позволяет определить направления совершенствования систем здравоохранения регионов. Первоочередного решения во всех группах требуют задачи, связанные с финансовой и кадровой обеспеченностью отрасли, которые являются необходимым условием успешной работы системы охраны здоровья населения в целом.

Так, для увеличения объемов финансирования системы здравоохранения в регионах I и IV групп необходимо повысить эффективность использования

средств бюджета, направляемых для компенсации затрат государственных организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи. В регионах II, III и V групп увеличение финансирования медицинского обслуживания населения возможно за счет сокращения нерационально используемого коечного фонда, а в III группе еще и за счет уменьшения количества бригад скорой медицинской помощи. Кроме того, во всех группах регионов Могилевской области следует привлекать дополнительные источники финансирования отрасли, а именно, на уровне регионов развивать частную медицину и платное обслуживание населения в государственных учреждениях здравоохранения. Это позволит укрепить материально-техническую базу, внедрить новые медицинские технологии, повысить интенсивность лечебного процесса в районных и участковых больницах, поликлиниках, фельдшерско-акушерских пунктах, сельских врачебных амбулаториях.

Среди основных проблем кадровой политики весьма актуальной в регионах, особенно I, IV и V групп, является обеспеченность врачами, поэтому целесообразно осуществлять их подготовку по целевому направлению данных регионов. Необходимо также реализовать комплекс мер по стимулированию притока медицинских кадров в сельскую местность регионов и закреплению молодых специалистов, для чего следует повышать заработную плату медицинским работникам на селе, внедрять новые формы стимулирования их труда, улучшать условия труда и быта сельских медиков, а также предоставлять им возможности для профессионального роста.

Проведенный в ходе научного исследования теоретический и практический анализ влияния социально-экономических условий развития Могилевской области на здоровье населения позволил выработать методологию, отражающую дифференцированный подход к разработке направлений по укреплению и улучшению здоровья жителей региона и совершенствованию системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 т.; около 60000 терминов / гл. ред. Б.В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – Т. 1: А – Йореса способ. – 464 с.
2. Здоровье в цифрах. Медицинские константы: Краткий справочник для медработников / сост. И.Н. Горбачев. – Минск: Книжный Дом, 2003. – 96 с.
3. Население и трудовые ресурсы: справочник / Сост. А.Г. Новицкий. – М.: Мысль, 1990. – 398 с.
4. Трудовые ресурсы и здоровье населения: монография / Т.С. Алферова [и др.]. – М.: "Наука", 1986. – 257 с.
5. **Вялков, А.И.** Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг / А.И. Вялков, И.А. Гундаров, В.А. Полесский // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 1. – С. 5-9.
6. Об объявлении 2008 года Годом здоровья: указ Президента Республики Беларусь, 1 янв. 2008 г., № 1 // Советская Белоруссия. – 4 янв. 2008. – № 1. – С. 2.
7. Статистический ежегодник Могилевской области 2006: стат. сб. / Могилевское областное управление статистики. – Могилев, 2006. – 330 с.
8. **Мамедова, С.** Основные системы финансирования здравоохранения / С. Мамедова // Финансы. – 2005. – № 4. – С. 68-70.
9. **Жарко, В.И.** Здравоохранение: качество и доступность / В.И. Жарко // Экономика Беларуси. – 2006. – № 2. – С. 16-19.
10. О перечнях государственных социальных стандартов по обслуживанию населения Могилевской области: решение Могилевского областного исполнительного комитета, 25 марта 2004 г., № 8-3 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2004. – № 85. – 9/3392.