

УДК 316.354:351/354

**Влияние оптимизационных мероприятий
на эффективность системы здравоохранения:
сравнительная характеристика регионов Приволжского федерального округа**



Имильбаева Р.Р.

Аспирант кафедры государственного и муниципального управления
Башкирской академии государственной службы
и управления при Главе Республики Башкортостан (Уфа)

В статье проанализировано влияние оптимизационных мероприятий и количественных расходов на основные показатели, характеризующие социальную эффективность системы здравоохранения: смертность, ожидаемая продолжительность жизни, заболеваемость населения в регионах Приволжского федерального округа. Обозначены основные проблемы оптимизационного реформирования здравоохранения и предложены пути их решения.

Ключевые слова: оптимизация здравоохранения, «дорожная карта» в здравоохранении, эффективность здравоохранения, качество медицинской помощи.

Российское здравоохранение в настоящее время находится на этапе глобального реформирования, обусловленном процессом оптимизации неэффективных медицинских учреждений. За период с 2005 по 2014 гг. в России сократилось число больничных коек на 19,6 %, если в 2005 г. на 10 тыс. человек в стране приходилось 111 коек, то в 2014 г. – уже 87 [1, с. 385].

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р утвержден План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Согласно пункту № 4 плана мероприятий данного распоряжения, субъектами Российской Федерации утверждены «дорожные карты» развития здравоохранения, содержащие целевые индикаторы развития отрасли, оптимизацию структуры и определение динамики значений заработной платы категорий медицинских работников [2, с. 10], определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [3], одним из результатов которого должно стать повышение средней заработной платы медицинских работников.

Несмотря на то, что оптимизация предполагает проведение мероприятий, направленных на создание оптимальной структуры системы здравоохранения и повышение эффективности работы медицинских организаций, комплекс проводимых мероприятий в основном заключается в сокращении медицинских организаций и численности медицинских работников. На основе официальных данных Федеральной службы статистического наблюдения Российской Федерации [1, с. 385–400] автором проанализирована зависимость показателей смертности, ожидаемой продолжительности жизни и заболеваемости от показателей, которые наиболее подвержены оптимизационным мероприятиям в регионах Приволжского федерального округа (далее – ПФО). Это – численность больничных коек, мощность посещений поликлиник, численность врачей и среднего медицинского персонала, также взяты во внимание средняя заработная плата медицинских работников (врачи и средний медицинский персонал) и годовые расходы на здравоохранение в расчете на 1 человека (расходы территориального фонда обязательного медицинского страхования совместно с расходами консолидированного бюджета субъекта). Ввиду того, что показатели 2015 г. будут опубликованы 30 декабря 2016 г., в анализ включены показатели за 2014 г.

В таблице 1 представлены одни из наиболее важных показателей, которые заложены в программах развития здравоохранения регионов, исходя из достигнутых значений данных показателей составлен рейтинг регионов ПФО.

В первую пятерку лучших вошли: Республика Татарстан, Республика Мордовия, Саратовская область, Пензенская область, Республика Башкортостан, наименее благополучными по данной оценке являются: Нижегородская область, Самарская область, Пермский край, Оренбургская область, Республика Марий Эл. Однако, необходимо проанализировать данный рейтинг с учетом показателей, представленных на рисунках 1-3 и в таблице 2.

В Республике Татарстан – наименьшее количество коек и одна из наименьших мощностей поликлиник на 10 тыс. населения, численность врачей и среднего медицинского персонала ниже среднего значения по ПФО. В республике – одни из наибольших показателей заработной платы медицинских работников, по величине расходов на здравоохранение на 1 человека в год регион занимает третье место. Таким образом, низкая численность медицинского персонала, больничных коек и посещений поликлиник компенсируется затратами на здравоохранение и высокими зарплатами медиков. Наилучшие показатели социальной эффективности в отрасли при низкой численности медицинских работни-

ков свидетельствуют также об их высокой квалификации и об успешном внедрении «эффективного контракта».

В Республике Мордовия и Саратовской области численность больничных коек больше, а мощность поликлиник меньше, чем в среднем по округу, наибольшие показатели численности врачей. При этом в Мордовии наименьшие зарплаты медиков, в Саратовской области примерно средний уровень по ПФО, также одни из наименьших показателей расходов на здравоохранение в расчете на 1 человека. В данных регионах наблюдается ситуация, обратная сложившейся ситуации в Татарстане. При большем

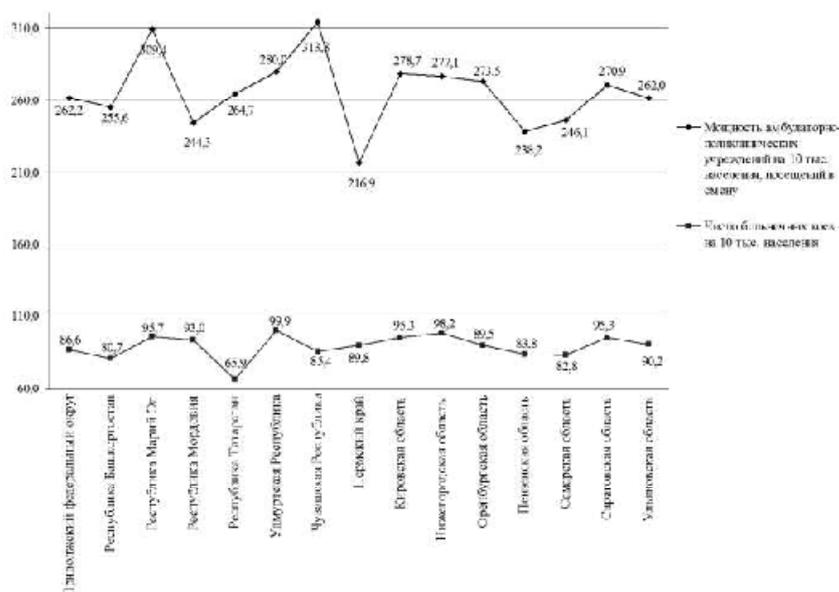


Рис. 1. Число больничных коек, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 тыс. населения регионов ПФО в 2014 г.

Таблица 1
Основные показатели эффективности систем здравоохранения регионов ПФО в 2014 г.

№ п/п	Наименование региона	Смертность, на 1000 человек населения	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Заболеваемость, на 1000 человек населения	Место, занимаемое в округе с учетом трех показателей
1	Приволжский федеральный округ	13,9	70,20	872,3	
2	Республика Башкортостан	13,1	69,76	862,6	5
3	Республика Марий Эл	13,7	69,42	882,4	10
4	Республика Мордовия	14,3	71,38	684,5	2
5	Республика Татарстан	12,2	72,17	841,1	1
6	Удмуртская Республика	12,8	70,03	945,4	6
7	Чувашская Республика	13,3	70,62	1019,0	7
8	Пермский край	14,0	69,04	981,6	12
9	Кировская область	15,1	70,59	755,0	8
10	Нижегородская область	15,9	69,53	919,3	14
11	Оренбургская область	14,2	68,73	789,5	11
12	Пензенская область	14,8	71,63	717,3	4
13	Самарская область	14,3	69,63	1016,0	13
14	Саратовская область	14,1	70,95	736,6	3
15	Ульяновская область	14,6	70,37	853,0	9

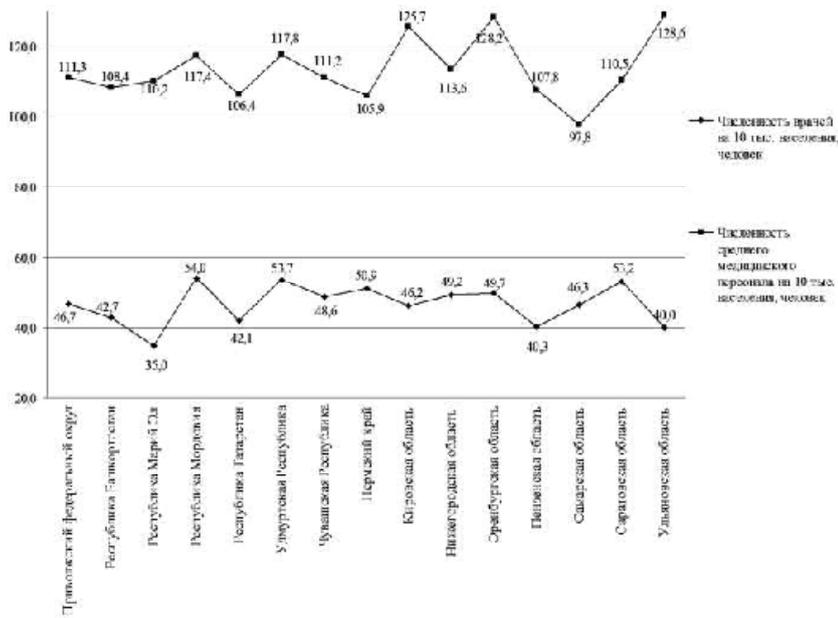


Рис. 2. Численность врачей, среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения в регионах ПФО в 2014 г.

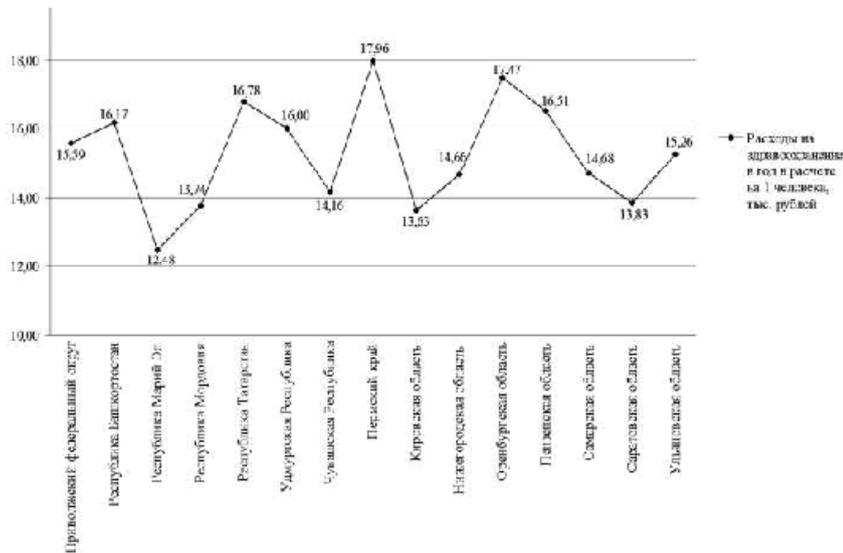


Рис. 3. Расходы на здравоохранение в год в расчете на 1 человека в регионах ПФО в 2014 г.

количестве стационаров, большей численности медиков и меньших расходах на их зарплаты и в целом на здравоохранение регионы занимают лидирующие позиции.

В Башкортостане и Пензенской области количество коек стационара, посещений поликлиник в смену, численность медиков немного меньше, а заработные платы медицинских работников и расходы на здравоохранение выше, чем в среднем по ПФО, то есть ситуация, аналогичная ситуации в Республике Татарстан, только при этом зависимость – более сглаженная.

В Нижегородской области коечный фонд и мощность поликлиник – одни из наибольших в ПФО, численность врачей и среднего медицинского персонала незначительно выше, расходы на здравоохранение незначительно ниже среднего значения по ПФО. Однако, стоит отметить, что по величине заработной

платы регион занимает третье место в категории «Врачи» и четвертое место в категории «Средний медицинский персонал», при этом в области – наихудший показатель смертности, 72 место среди регионов России. Возможно, в регионе неэффективно организован бюджет, например, большая нагрузка в бюджете приходится на заработную плату медработников, при этом содержание больниц и поликлиник оставляет желать лучшего.

Самарская область и Пермский край имеют наименьшую мощность амбулаторно-поликлинических учреждений и наименьшую численность среднего медицинского персонала по ПФО, при этом Пермский край занимает лидирующее место, а Самарская область входит в пятерку регионов с наиболее высокими зарплатами медиков. Пермский край имеет самые высокие расходы на здравоохранение. Таким образом, оптимизационные мероприятия по сокращению поликлиник, численности медицинского персонала с целью повышения за счет этого заработной платы не оправдывают себя и не улучшают показатели социальной эффективности здравоохранения. Также наибольший уровень расходов на здравоохранение в целом не свидетельствует о том, что функции системы при этом выполняются наиболее эффективно.

Республика Марий Эл занимает второе место в ПФО по численности коечного фонда и мощности амбулаторно-поликлинической смены, при этом на втором месте по наименьшим заработным платам медицинских работников, имеет наименьшую численность среднего медицинского персонала и наименьшие расходы на здравоохранение. В республике складывается ситуация, противоположная характерной для Пермского края, – при низких расходах на отрасль и содержании большого количества стационаров и поликлиник на практике невозможно добиться положительного результата.

Исходя из данного анализа, автором сформулированы следующие выводы:

– оптимизационные мероприятия по сокращению структуры учреждений здравоохранения, численности медицинского персонала в целях повышения заработной платы, согласно «дорожным картам», отрицательно влияют на социальную эффективность системы здравоохранения;

Таблица 2
Средняя заработная плата медицинских работников
категорий «Врачи» и «Средний медицинский персонал»
в регионах ПФО в 2014 г.

№ п/п	Наименование региона	Средняя заработная плата врачей в регионе, руб.	Средняя заработная плата среднего медицинского персонала в регионе, руб.
1	Приволжский федеральный округ	35948	20090
2	Республика Башкортостан	39090	20335
3	Республика Марий Эл	29542	16131
4	Республика Мордовия	27345	15956
5	Республика Татарстан	37613	21843
6	Удмуртская Республика	35157	19374
7	Чувашская Республика	32352	17879
8	Пермский край	42481	23863
9	Кировская область	35587	18804
10	Нижегородская область	37331	21338
11	Оренбургская область	33061	19022
12	Пензенская область	34848	18792
13	Самарская область	37012	21759
14	Саратовская область	32030	17986
15	Ульяновская область	30743	17237

– содержание большого числа стационаров и поликлиник в условиях низкого финансирования отрасли не позволит повысить качество медицинской помощи;

– высокие расходы на здравоохранение не являются гарантией качественного оказания медицинской помощи при низких показателях коечного фонда, посещений поликлиник, а также при неэффективном планировании бюджетных средств;

– высокие заработные платы медицинских работников не гарантируют качественного оказания медицинской помощи.

Оптимизационные мероприятия необходимо проводить с учетом целесообразности реорганизации, тщательно взвешивая все «за» и «против». Во-

прос о сокращении или расширении коечного фонда в конкретном лечебно-профилактическом учреждении должен решаться индивидуально, с учетом территориального фактора – сокращение единственной «неэффективной» амбулатории в населенном пункте сельской местности не повысит доступность качественной медицины. Прежде всего оптимизация должна быть нацелена на сокращение административно-управленческого персонала, а не медицинских работников. Для повышения качества и доступности медицинской помощи в современных условиях необходимо эффективное использование имеющихся ресурсов, в том числе четкий контроль бюджетных средств отрасли; необходимо совершенствование внедренного «эффективного контракта» – повышение оплаты труда медиков должно быть оправдано повышением качества оказания медицинской помощи, а не стремлением достичь формального выполнения «дорожных карт».

Литература:

1. Регионы России. Социально-экономические показатели 2015.: Стат. сб. / Росстат. – М., 2015. – 1266 с.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» // СЗ РФ. – 2013. – № 2. – Ст. 130.
3. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» // СЗ РФ. – 2012. – № 19. – Ст. 2334.

The Impact of Optimization Measures on Efficiency of Healthcare System: the Comparative Characteristic of the Volga Federal District Regions

R.R. Imilbaeva

The Bashkir Academy of Public Administration and Management Under Head of the Republic Bashkortostan

The paper dwells upon the impact of optimization measures and quantitative costs on main healthcare system indicators that characterize the social efficiency: mortality, life expectancy, and population sickness rate in the Volga Federal District regions. The author outlines main problems of optimization of healthcare and suggests possible solutions.

Key words: healthcare optimization, road map in healthcare, effectiveness of healthcare, quality of medical care.