

УДК 614.2

Е.В. Перов

к.э.н., старший научный сотрудник

Научный центр изучения социально-экономических конфликтов,

г. Вологда, Российская Федерация

ИЗМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА: ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Аннотация

Важной составляющей социальной сферы, где формируется социальная напряженность в обществе, является здравоохранение. Анализ системы здравоохранения с 1990 по 2013 гг. свидетельствует о неоднозначной картине. При увеличении численности врачей и расходов на здравоохранение на душу населения, в постоянных международных долларах заболеваемость населения продолжает возрастать. При этом показатель младенческой смертности, являющийся своеобразным индикатором состояния медицинской помощи населению, снижается. Вероятно, проблемы роста заболеваемости населения связаны не столько с количественными показателями, сколько с вопросами, связанными с организацией системы здравоохранения.

Ключевые слова

Здравоохранение, показатели, динамика, социальная напряженность

Социальная сфера является средой формирования эмоционального фона и социальной напряженности в обществе. Она пронизывает все общество, объединяет экономическую и политическую сферы. Социальные отношения складываются между людьми по поводу удовлетворения их социальных потребностей в соответствующих условиях труда, потреблении материальных благ, улучшении их быта и отдыха, получении образования, доступе к предметам духовной культуры. Социальное развитие общества предполагает

изменения, приводящие к появлению новых общественных отношений, институтов, норм и ценностей.

Одним из направлений деятельности государства в социальной сфере является охрана здоровья населения страны. В соответствии с Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», охрана здоровья граждан – это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами всех уровней государственной власти Российской Федерации, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи [4].

Оценка деятельности системы здравоохранения требует анализа динамики показателей и изменений, произошедших в системе здравоохранения России. В статье выполняется анализ динамики показателей системы здравоохранения за период серьезных преобразований в обществе с 1990 по 2013 гг.

Важными показателями системы здравоохранения являются показатели численности врачей и количества коек в учреждениях здравоохранения.

Численность врачей (всех врачей с высшим медицинским образованием) на 1000 человек населения в анализируемом периоде увеличилась. Этот показатель возростал с 4,5 врачей в 1990 г. до 5,1 врачей в 2011 г. (рис. 1). В последующие два года численность врачей несколько уменьшилась, но показатель был все же выше, чем в начале анализируемого периода. Глава Министерства Здравоохранения России считает, что это очень низкий показатель [3]. Однако в 2010 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поставила Россию на четвертое место в мире по количеству врачей [1]. В 2013 г. в России было 4,9 врачей на 1000 населения. Это самый высокий показатель численности врачей на 1000 населения среди стран СНГ. Например, по данным ВОЗ и всемирного банка [2, 6] в этот год в Белоруссии на 1000

населения приходилось 3,9 врачей, в Казахстане – 3,6, в Украине – 3,5 врачей. В странах Западной Европы наибольшее количество врачей на 1000 населения отмечается в Греции (6,1 врачей). В других странах этот показатель ниже: Испания – 4,9, Австрия – 4,8, Франция – 3,2, Великобритания – 2,8 врачей на 1000 населения.

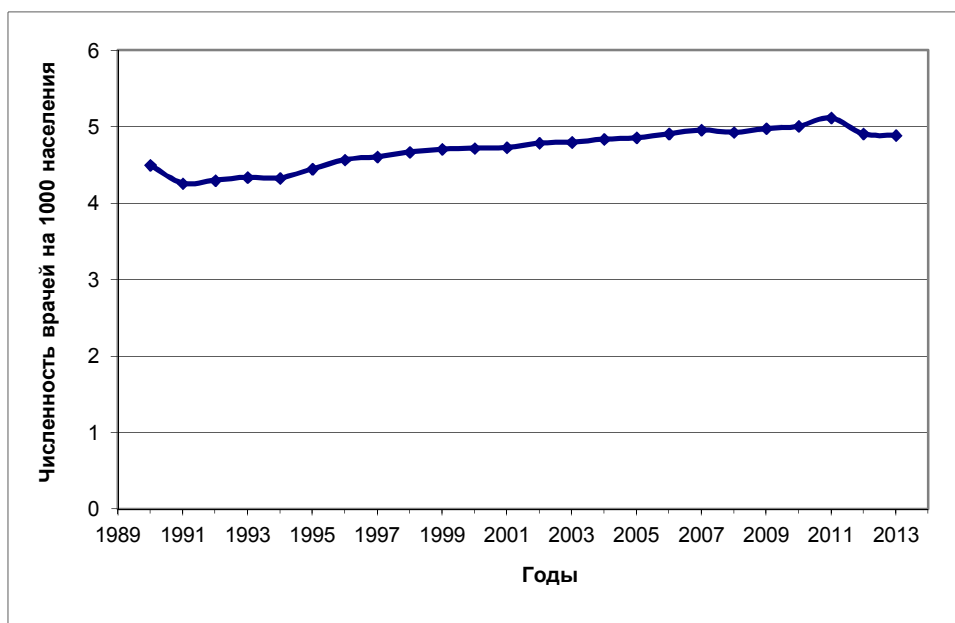


Рисунок 1 – Численность врачей на 1000 человек населения [5]

Снижение количества врачей может приводить к увеличению очередей на прием, ухудшению качества медицинского обслуживания. Однако представляется, что в случае России проблемы с медицинским обслуживанием связаны не столько с количеством врачей, сколько с вопросами, связанными с организацией системы здравоохранения. Кроме того, нагрузка на врачей в странах СНГ выше, чем в странах Западной Европы, население привыкло к бесплатности и доступности услуг здравоохранения.

Количество больничных коек на 1000 населения по данным государственной статистики, наоборот, уменьшилось с 13,5 в 1991 г. до 9,1 в 2013 г. (рис. 2). Для сравнения, в Украине приходится 9,0 больничных коек на 1000 населения, в Казахстане – 7,2. В расчете на 1000 детей (на рисунке 2 показано пунктирной линией) количество коек в больничных учреждениях увеличивалось с 1993 г. (8,7 коек на 1000 населения) до 2004 г. (9,8 коек), а

затем этот показатель ухудшился и стал ниже значения 1993 г. (6,8 больничных коек на 1000 населения в 2012 г.). Число мест в стационарных учреждениях социального обслуживания престарелых и инвалидов варьировало в пределах 219–250 тыс. мест без выраженной динамики.

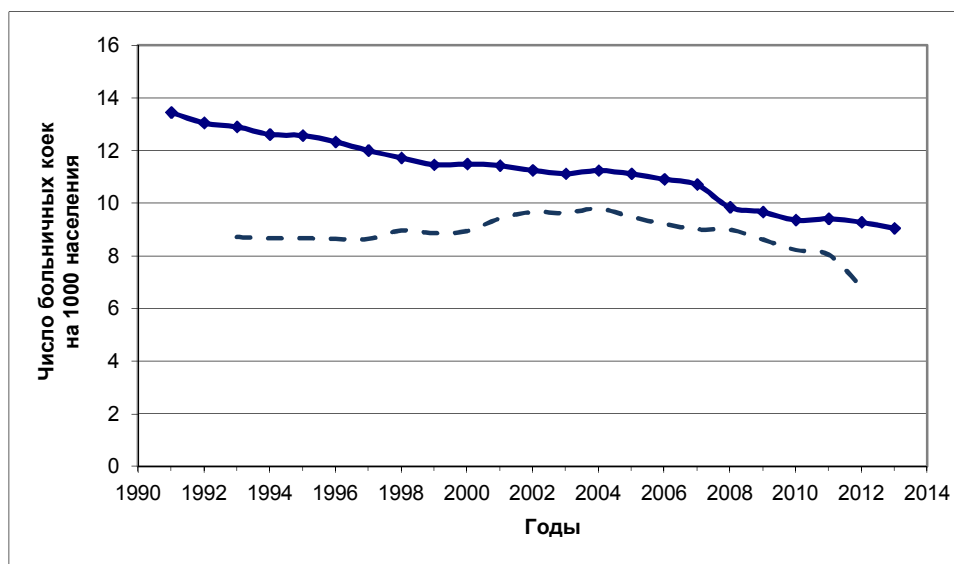


Рисунок 2 – Число больничных коек [5]

Одним из критериев оценки здоровья населения является показатель заболеваемости населения (число зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни). Показатель общей заболеваемости показывает частоту распространения всех болезней. Уровень заболеваемости и его динамика отражают состояние здоровья населения и эффективность работы учреждений здравоохранения. Общая заболеваемость населения в анализируемом периоде увеличилась на 22,8% (651,2 заболеваний на 1000 населения в 1990 г. и 799,4 заболеваний в 2013 г.). Динамика общей заболеваемости отражена на рисунке 3.

Здоровье детей в большей степени, чем других групп населения, социально обусловлено и зависит от состояния окружающей среды, наследственности, состояния здоровья родителей, условий жизни и воспитания ребенка, от уровня организации лечебно-оздоровительной работы в дошкольных учреждениях и школах.

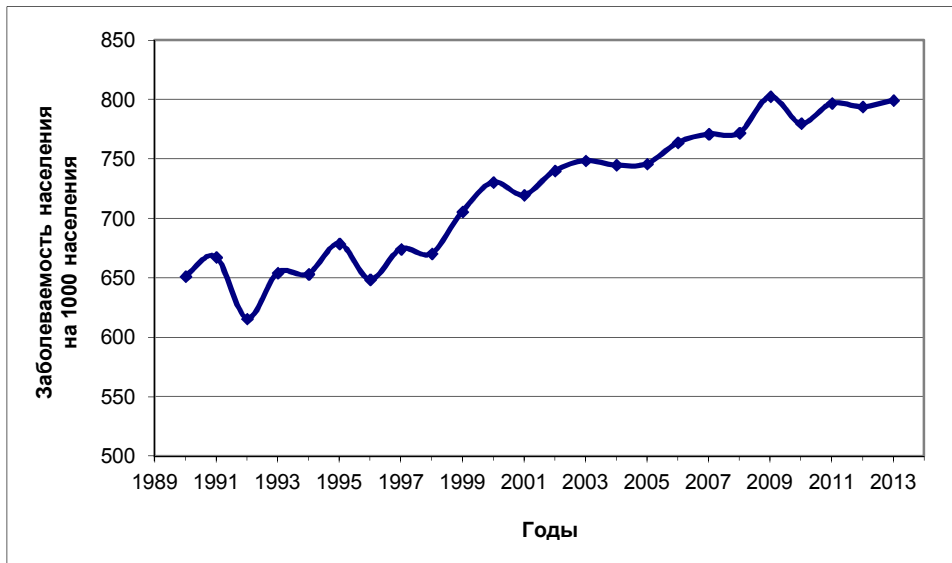


Рисунок 3 – Число зарегистрированных в году больных с диагнозом, установленным впервые в жизни [5]

Анализ динамики общей заболеваемости показал, что заболеваемость детей увеличилась в большей степени, чем взрослого населения (на 64,6%). Если в 1990 г. на 1000 детей в возрасте до 14 лет приходилось 1135,3 заболеваний (рис. 4), то в 2013 г. зарегистрировано 1868,2 заболеваний на 1000 детей.

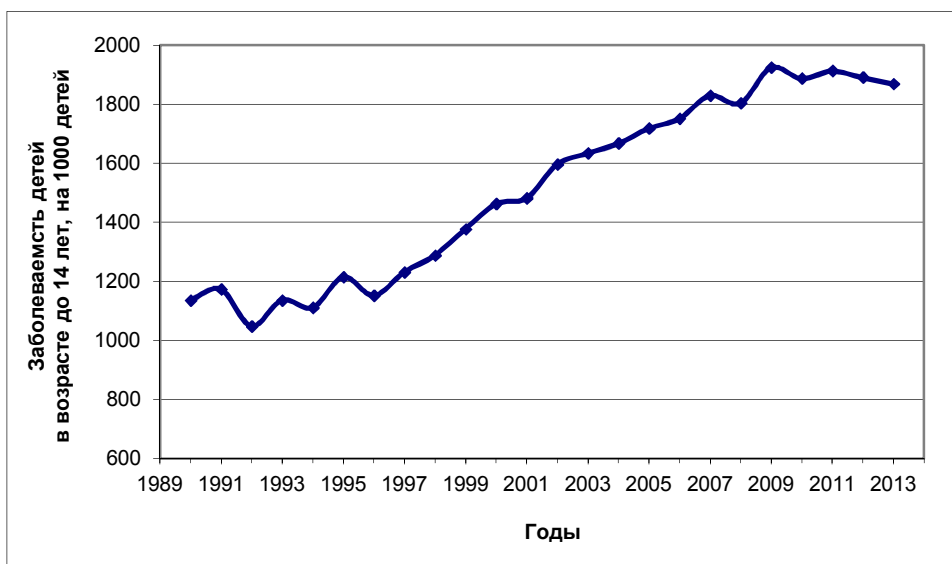


Рисунок 4 – Заболеваемость детей в возрасте до 14 лет (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни), на 1000 детей [5]

Заболеваемость туберкулезом всегда была серьезной проблемой в мире. В развитых странах заболеваемость туберкулезом стала снижаться в первой половине XX века с появлением эффективных лекарств и средств диагностики.

Однако в 80-е годы был зарегистрирован новый подъем заболеваемости туберкулезом. В России новый рост заболеваемости туберкулезом начался в 1991 г. [5]. Значительное увеличение числа больных активным туберкулезом наблюдалось до 2000 г. (рис. 5). За этот период их число увеличилось в 2,6 раза (с 34,2 больных на 100 тыс. населения до 89,8 больных). В 2010 г. приказом министерства здравоохранения и социального развития был утвержден «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации». В рамках Программы произведена модернизация бактериологических лабораторий и стационаров, увеличена поставка лекарств, усилен вирусный контроль, произведено обучение персонала. Дополнительные меры борьбы с активным туберкулезом, предпринятые в соответствии с этой программой, отразились на численности заболевших активным туберкулезом. До 2013 г. она снизилась до 63 больных на 100 тыс. населения, но все-таки это достаточно высокий показатель.

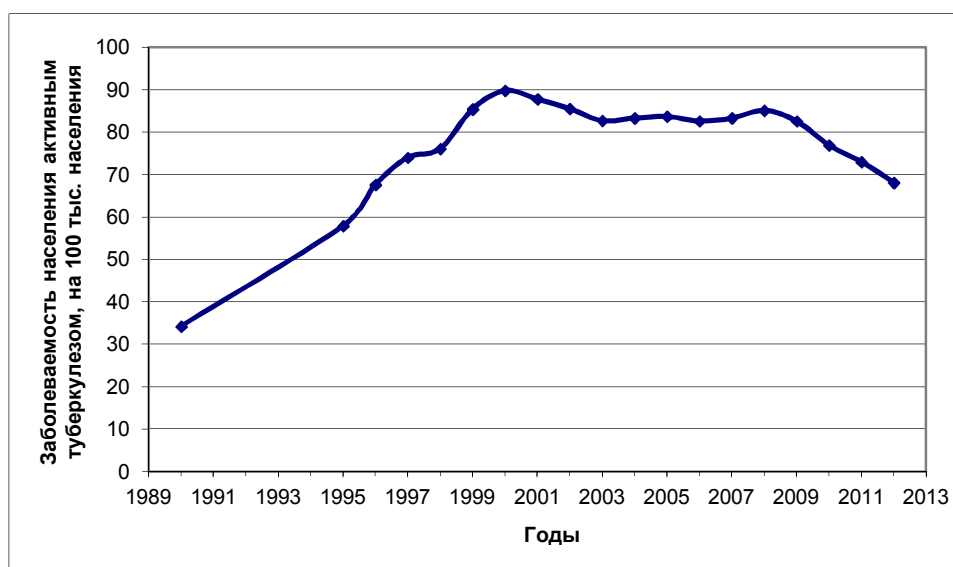


Рисунок 5 – Заболеваемость активным туберкулезом (выявлено больных с диагнозом, установленным впервые в жизни), на 100 тыс. населения [5]

В соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения одним из основных индикаторов качества системы здравоохранения является показатель общих расходов на здравоохранение. Этот показатель охватывает

государственные, частные и внешние расходы, а также расходы социального обеспечения и расходы на медицину, оплачиваемые наличными.

Расходы на здравоохранение в России в расчете на душу населения по паритету покупательной способности (в постоянных международных долларах 2011 г.) практически все годы увеличивались (рис. 6). Если в 1995 г. расходы на здравоохранение на душу населения составляли 301 межд. долл., то в 2013 г. они равнялись уже 1587 межд. долл., т.е. возросли в 5,3 раза. Для сравнения расходы на здравоохранение в 2013 г. в Белоруссии на душу населения составляли 1081 межд. долл., в Казахстане – 1023 межд. долл., в Украине – 687 межд. долл. [2]. В странах Западной Европы затраты на здравоохранение выше: Франция – 4334 межд. долл., Великобритания – 3311 межд. долл., Испания – 2846 межд. долл. на душу населения (по ППС 2011 г.).

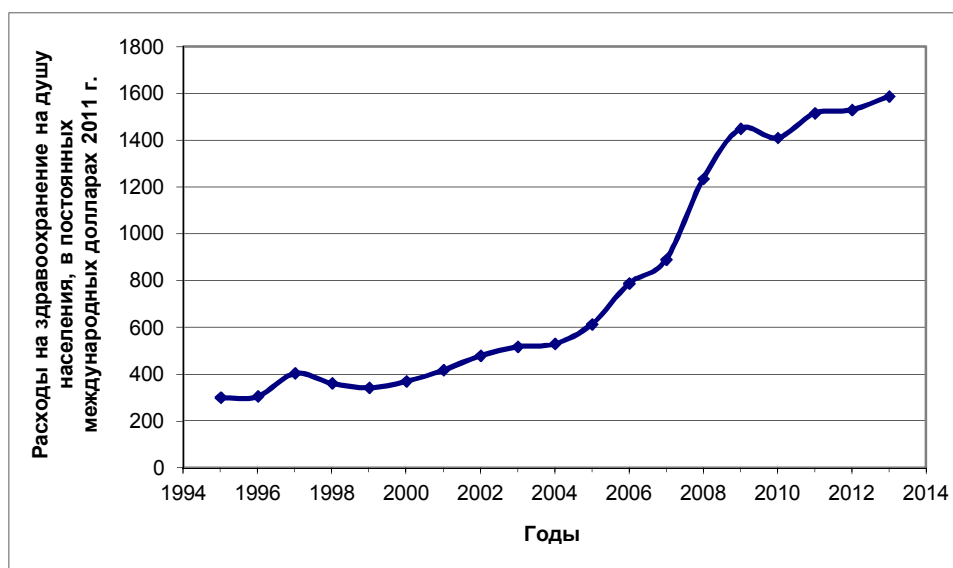


Рисунок 6 – Расходы на здравоохранение на душу населения, в постоянных международных долларах [2]

По данным ВОЗ существует прямая связь между затратами на здравоохранение и ожидаемой продолжительностью жизни населения страны: в странах, где затраты на здравоохранение на душу населения превышают 1000 долл. ожидаемая продолжительность жизни более 75 лет. Эта связь проявляется при отсутствии серьезных изменений в социально-экономической сфере. В России в 1999–2003 гг. ожидаемая продолжительность жизни снижалась при

увеличении затрат на здравоохранение. В эти годы на ожидаемую продолжительность жизни оказывали негативное влияние другие социально-экономические факторы, связанные с финансовым кризисом в стране и трансформацией общества в целом.

Своеобразным индикатором состояния медицинской помощи населению, прежде всего детям и матерям, является показатель детской смертности. Детская смертность характеризует не только эффективность системы здравоохранения, но и уровень социально-экономического благополучия общества.

В статистике детской смертности выделяются показатели младенческой смертности (смертность детей на первом году жизни), смертность детей в возрасте до 5 лет и смертность детей в возрасте 1–14 лет.

Младенческая смертность в анализируемом периоде снижалась: с 17–18 случаев на 1000 детей, родившихся живыми, в 1990–1997 гг. до 7,4 случаев в 2011 г. В последние два года, когда социально-экономическая ситуация в стране ухудшилась, наблюдалось и некоторое увеличение младенческой смертности (рис. 7).

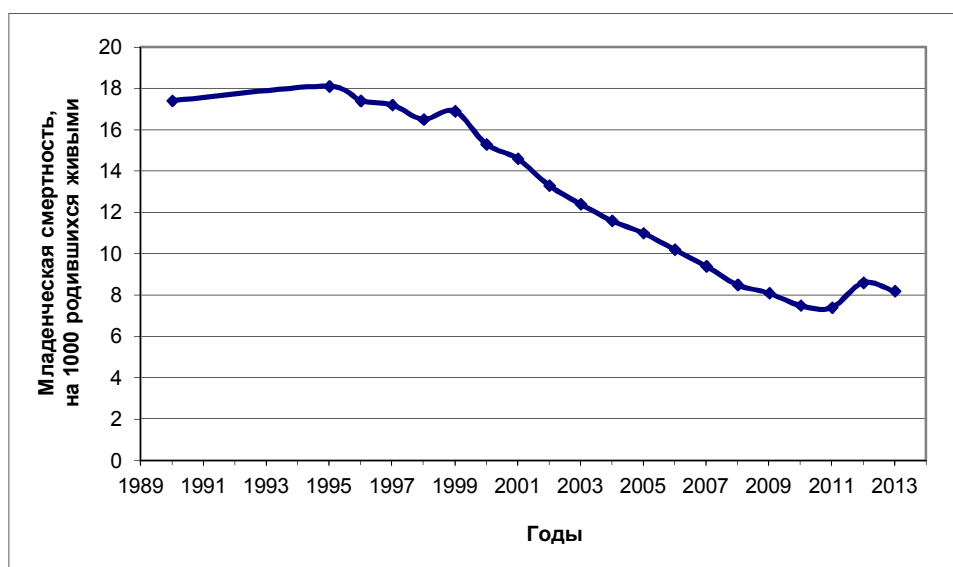


Рисунок 7 – Младенческая смертность (умершие в возрасте до года), на 1000 родившихся живыми

Таким образом, разнонаправленная динамика показателей, характеризующих здравоохранение, не позволяет дать однозначную оценку деятельности государства в сфере здравоохранения. Однако результаты деятельности системы здравоохранения нельзя признать удовлетворительными, о чем свидетельствует рост заболеваемости.

Список использованной литературы:

1. ВОЗ поставила Россию на четвертое место в мире по числу врачей [Электронный ресурс]: Med Новости. – Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/12/09/157minzdrav/>
2. Всемирный банк [Электронный ресурс]: офиц. сайт. – Режим доступа: <http://data.worldbank.org>
3. Количество врачей в России ниже норм ВОЗ в два раза [Электронный ресурс]: Med Новости. – Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/12/09/157minzdrav/>
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. // Консультант Плюс: справ.-правовая система. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=156793>
5. Федеральная служба государственной статистики: офиц. сайт [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
6. The world health organization [Электронный ресурс]: офиц. сайт. – Режим доступа: <http://apps.who.int/gho/data/>