

Василевский М.Г., Джемуратов К.А., Сулайманов М.М.

ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛА РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На основе интегральных показателей представлена характеристика ресурсного обеспечения системы здравоохранения Кыргызстана. Уровень ресурсного обеспечения сопоставлен со странами Европы. Вскрыты причины низкого потенциала ресурсного обеспечения по регионам и механизмы их устранения.

Ключевые слова: ресурсное обеспечение, система здравоохранения, интегральный показатель.

On the base of the integral indicators the characteristics of resource provision of Kyrgyzstan health care system has been presented. The level of resource provision is compared with European countries. The causes on low capacity of resource provision by regions and mechanisms to avoid them have been revealed

Key words: resource provision, health care system, integral indicator.

В последние 10-15 лет резко возросло число хронических больных, повысились цены на лекарства и медицинское оборудование до такой степени, что системы здравоохранения стали испытывать недофинансирование. Для многих лечебных учреждений присущи низкий уровень компенсации медицинским работникам за оказанные услуги, недостаточная инвестиция в технологии и человеческие ресурсы (Вялков А.И., 1998; Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., 2000).

Проблему недофинансирования системы здравоохранения каждая страна решает по-своему. Развитые страны идут по пути интенсивного внедрения в практику медицинских технологий и оборудования, сокращая расходы на оздоровительные программы (Райс Джеймс, 1996; Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., 2000). В итоге им удалось сократить расходы на стационарное лечение за счет сокращения пребывания больного в стационаре. Другие пошли по пути оптимизации управления медицинской помощью, повышения профессиональной компетентности специалистов, выполняющих управленческие функции. Таким путем, им удалось мобилизовать внутренние ресурсы. (Johnston G., 2000; Brown G.D., Brow M.L., 1995). Третьи страны пошли по пути изыскания дополнительных источников и устойчивого финансирования, в результате частично сократили недофинансирование. Четвертые посчитали возможным решить проблему недофинансирования путем передачи части дорогостоящих стационарных услуг на амбулаторно-поликлиническую практику (Whitehead M., 1990).

Кыргызская Республика пошла по пути реструктуризации стационарной помощи, создание

институтов семейной медицины и повсеместное внедрение обязательного медицинского страхования [Султанмуратов М.Т., 2002; Мейманалиев Т.С., 2003]. Однако остается не ясным, в какой степени эти преобразования обеспечили достаточный ресурсный потенциал.

Перечисленные обстоятельства побудили нас проанализировать эффективность преобразований в системе здравоохранения в плане достаточного ресурсного обеспечения на региональном уровне, по возможности выделить группу наиболее неблагоприятных территорий, требующих неотложного внимания. Решение этой задачи осложняется тем, что отсутствуют унифицированные инструменты ранжирования и сравнения территориальных особенностей ресурсного обеспечения (Щепин О.П., 1999).

Материал и методы. Потенциал ресурсного обеспечения системы здравоохранения Кыргызской Республики изучен за период с 2001 по 2006 гг. на основании анализа интегральных показателей, объединяющих 7 базовых показателей в соответствии с рекомендациями Корецкого И.В. (2004). Базовые показатели, отражающие ресурсное обеспечение заимствованы из статистических сборников Республиканского медико-информационного центра МЗ Кыргызской Республики за период с 2001 по 2006гг. Для определения качественной оценки однородности изучаемой выборки использовались коэффициенты асимметрии и эксцесс рассеивания значений интегральных показателей.

Результаты и обсуждение.

По данным проведенного исследования система здравоохранения Кыргызстана имеет средний уровень ресурсного обеспечения. Первое ранговое место в республике по уровню ресурсного обеспечения занимает Ошская область, второе Баткенская область, последнее место – Чуйская область, в которой ресурсное обеспечение ниже среднего. Анализ динамических рядов показал, что по всем регионам прослеживается планомерное снижение ресурсного обеспечения. При этом в одних регионах снижение идет более интенсивно, в других менее интенсивно (табл. 1). Так, в Нарынской области ресурсное обеспечение сократилось в 2,7 раза, в Таласской области – в 2,4 раза, тогда как в г. Бишкеке лишь в 1,2 раза. В целом в Кыргызской Республике ресурсное обеспечение за период с 2001 по 2006 год сократилось в 1,3 раза

Интегральные показатели ресурсного обеспечения лечебных учреждений по административно-территориальным регионам

Территориальные зоны	Ранг	Годы наблюдения						Усред. показат-ль за период
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Ошская область	1	0,48	0,45	0,40	0,37	0,36	0,35	0,40
Баткенская область	2	0,52	0,45	0,40	0,35	0,33	0,31	0,39
Бишкек - город	3	0,35	0,36	0,36	0,34	0,33	0,29	0,34
Жалалабадская область	4	0,45	0,40	0,32	0,28	0,27	0,25	0,33
Нарынская область	5	0,54	0,23	0,23	0,20	0,20	0,20	0,27
Таласская область	6	0,45	0,28	0,23	0,21	0,21	0,19	0,26
Ысыккульская область	7	0,26	0,22	0,18	0,18	0,19	0,16	0,20
Чуйская область	8	0,24	0,18	0,17	0,17	0,17	0,16	0,18
Кыргызская Республика		0,59	0,54	0,50	0,48	0,46	0,45	0,50

Примечание. Оценка интегральных показателей (ИП) проводилась по Корецкому И.В.(2004) с выделением следующих групп: высокий интегральный показатель – от 0,8 до 1,0; выше среднего – от 0,6 до 0,8; средний – от 0,4 до 0,6; ниже среднего – от 0,2 до 0,4 и низкий уровень – от 0,2 до 0.

Сопоставление интегральных показателей ресурсного обеспечения Кыргызской Республики с таковыми других стран показало, что наша страна попала в число государств со средним уровнем ресурсного обеспечения (табл.2). Среди обозначенных стран по уровню ресурсного обеспечения лидируют Франция (0,76), Германия (0,75), Чехия (0,7), Словакия (0,66). На этом фоне 7 стран из 18 попали в группу с уровнем ниже среднего (от 0,2 до 0,4). В этой группе самое высокое обеспечение в России – 0,39 и самое низкое - в Нидерландах –0,26. Необходимо отметить, что в представленном наблюдении не было стран с интегральным показателем ресурсной база выше 0,8 и ниже 0,2, что соответствует группам с высокой и низкой его оценкой. Низкие показатели ресурсного обеспечения типичны для стран бывшего Советского Союза. Кыргызстан вошел в группу со средним уровнем ресурсного обеспечения, однако, отдельные территориальные системы здравоохранения республики имеют крайне низкий уровень ресурсного обеспечения. К их числу относятся Ысыккульская (0,20) и Чуйская (0,18) области. Заметим, что на этих территориях отработывались модели реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики.

Таблица 2

Уровень ресурсного обеспечения ряда европейских стран

Страна	Интегральный показатель	Ранговое место	Уровень обеспеченности
Франция	0,76	1	Выше среднего
Германия	0,75	2	Выше среднего
Чехия	0,70	3	Выше среднего
Словакия	0,66	4	Выше среднего
Литва	0,56	5	Средний
Болгария	0,54	6	Средний
Кыргызстан	0,50	7	Средний
Италия	0,47	8	Средний
Норвегия	0,46	9	Средний
Финляндия	0,45	10	Средний
Украина	0,43	11	Средний
Россия	0,39	12	Ниже среднего
Латвия	0,35	13	Ниже среднего
Польша	0,34	14	Ниже среднего
Словения	0,33	15	Ниже среднего
Беларусь	0,33	16	Ниже среднего
Хорватия	0,26	17	Ниже среднего
Нидерланды	0,26	18	Ниже среднего

Источник: Корецкий И.В. (2004)

Для более полной оценки ресурсного обеспечения территориальных систем здравоохранения республики была проанализирована структура интегральных показателей (табл. 3). Интегральный показатель, отражающий обеспеченность койками на 10 000 населения, ни в одном регионе не превышает 0,8 (хорошее обеспечение), но достаточно большое число регионов имеет низкую интегральную оценку (от 0 до 0,2). Неудовлетворительная обеспеченность койками присуща г. Бишкек (0,02), Ысыккульской области (0,12) и Чуйской (0,15). В этих же регионах низкий интегральный показатель госпитализации: Бишкек – 0,10; Ысыккульской области – 0,27; Чуйской области – 0,32 при среднем республиканском показателе – 0,72. Если низкий показатель госпитализации в г. Бишкек можно объяснить установкой на амбулаторное лечение больных, то среднее пребывание больного в стационаре (0,45) указывает на практику ранней выписки, что особенно четко проявляется в учреждениях родовспоможения. В среднем в республике беременные пребывают в роддомах 5,8 дня, а в случаях родов - 4,5 дня (Стат. сбор МЗ КР, 2007).

Таблица 3

Структура интегрального показателя, характеризующего основные ресурсы территориального здравоохранения

Территориальные зоны	Название интегрального показателя							ИП
	Число коек на 10 000 населения	Число врачей на 10 000 населения	Число врачей практиков на 10 000 населения	Число медсестер на 10 000 населения	Число госпитализированных на 100 жителей	Средний койко/день	Среднее число амбулаторных контактов на человека в год	
Ошская область	0,70	0,05	0,06	0,40	0,69	0,73	0,16	0,40
Баткенская область	0,67	0,03	0,05	0,52	0,70	0,60	0,19	0,39
Бишкек - город	0,02	0,46	0,45	0,01	0,10	0,45	0,87	0,34
Жалалабадская область	0,52	0,05	0,04	0,37	0,50	0,59	0,22	0,33
Нарынская область	0,26	0,16	0,17	0,45	0,33	0,27	0,23	0,27
Таласская область	0,35	0,14	0,11	0,35	0,38	0,31	0,18	0,26
Ысыккульская область	0,12	0,18	0,17	0,21	0,27	0,19	0,25	0,20
Чуйская область	0,15	0,13	0,12	0,11	0,32	0,24	0,21	0,18
Кыргызская Республика	0,75	0,34	0,25	0,34	0,72	0,81	0,32	0,50

Обеспеченность врачами в целом и врачами практиками в Ошской области, которая лидирует по уровню ресурсного обеспечения, неудовлетворительная, ИП – 0,05 и 0,06. Такая же ситуация прослеживается в Баткенской, Жалалабадской, Нарынской, Таласской, Ысыккульской и Чуйской областях. Обусловлено это тем, что система здравоохранения чрезмерно увлеклась политикой ликвидации излишеств (Табл.4). За период с 1997 г (начало реформ) по 2006 г численность врачей сократилась на 1644 человека (12,9%), численность средних медицинских работников за этот период сократилось на 9027 (31,4%) человек. Эти специалисты навсегда ушли из системы здравоохранения, часть из них выехала за пределы страны, другая, занялась мелким бизнесом не связанным с медициной. Положительным моментом явилось то, что в структуре врачей доля врачей практиков увеличилась с 65,3% до 81,4%, в абсолютных величинах увеличилось на 961 (9,3%) человека.

Таблица 4

Динамика изменений удельного веса специалистов практиков в группе врачей и среднего медицинского персонала

Годы наблюдения	Численность врачей всех специальностей, включая стоматологов			Численность среднего медицинского персонала		
	Всего	в том числе клиницистов		Всего	в том числе клиницистов	
	абс. число	абс. число	%	абс. число	абс. число	%
1997	14354	9380	65,3	37780	30026	79,5
1998	14252	10241	71,9	37354	30151	80,7
1999	14113	9173	65,0	37416	30270	80,9
2000	13799	9062	65,7	35935	29310	81,6
2001	13379	8849	66,1	33698	27037	80,2
2002	12909	10317	79,9	32214	26152	81,2
2003	12902	10737	83,2	31557	25332	80,3
2004	13058	10325	79,1	30783	24339	79,1
2005	12920	10595	82,0	29818	23834	79,9
2006	12710	10341	81,4	28753	23547	81,9
Убыль, прирост	-1644 (12,9%)	+961 (9,3%)		-9027 (31,4%)	-6479 (27,5%)	

Обращает на себя внимание низкий ИП обращения населения к врачам амбулаторно-поликлинической практики (табл.3). Высокий уровень контактов прослеживается только в г. Бишкек (0,87). В остальных территориальных секторах здравоохранения ИП колеблется от 0,16 до 0,25 (табл. 3), тогда как в странах Европы (Чехия, Словакия) ИП составляет 0,92-0,86, в России –0,44, Белоруссии – 0,63. [Корецкий И. В., 2004]. Целенаправленный анализ показал, что обращаемость населения к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений снижается, особенно в последние годы (табл. 5) .

Таблица 5

Число посещений на одного жителя к врачам ГСВ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Республика	3,6	3,5	3,7	3,2	3,3	3,1	2,8
Баткенская область	2,8	3,1	3,2	2,6	2,4	2,5	2,2
Жалалабадская область	2,9	3,1	3,5	2,8	2,7	2,6	2,3
Ысыккульская область	3,1	3,0	3,4	2,8	2,9	3,3	2,7
Нарынская область	3,8	3,6	3,0	2,9	2,8	2,6	2,3
Ошская область	2,7	2,4	2,3	2,0	2,1	2,1	1,9
Таласская область	3,4	3,7	3,5	2,7	2,4	2,5	2,1
Чуйская область	2,9	3,0	3,1	2,9	2,9	2,9	2,6
г. Бишкек	5,8	5,6	6,4	6,3	5,9	5,5	4,9

Таким образом, усредненный интегральных показателей показывает, не только уровень и ранг ресурсного обеспечения, но и причины его низкой обеспеченности. Так, в Ошской и Баткенской областях относительно низкий интегральный показатель обусловлен недостаточной укомплектованностью врачебными кадрами и низким уровнем обращений к врачам амбулаторно-поликлинической практики, тогда как в г. Бишкек занижен коечный фонд (0,02), имеет место низкий уровень госпитализации (0,1) и недостаток медицинских сестер (0,01).

Сопоставление структуры интегральных показателей по регионам позволяет более оперативно определить дефекты ресурсного обеспечения. Так, в Нарынской и Таласской областей показатели ресурсного обеспечения равнозначны, однако в Нарынской области доминирует проблема обеспечения койками, тогда как в Таласской области – кадровая проблема и низкий уровень обращения населения к врачам поликлиник. Проблемы ресурсного обеспечения Чуйской области существенно отличается от таковой Ошской области. Если в Чуйской области низкий уровень ресурсного обеспечения прослеживается по всем компонентам, то в Ошской области только по причине дефицита врачей и низкого уровня обращений к врачам поликлиник.

Заключение. Реформы системы здравоохранения в нашей стране были направлены на обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью в условиях ограниченности финансирования. Данная цель достигалась путем реструктуризации лечебных учреждений, сокращения коечного фонда и численности специалистов. Исследования, основанные на современных методах, показали, что система здравоохранения Кыргызской Республики имеет средний уровень ресурсного обеспечения – интегральный показатель 0.50. Это в 1,5 раза ниже, чем во Франции (0,76), признанной

лучшей по уровню потенциала ресурсного обеспечения среди стран Европы.

Другой особенностью является то, что в динамике потенциал ресурсного обеспечения в Кыргызстане снижается, уровень которого за период с 2001 по 2006 год сократился в 1,3 раза. Негативным моментом является и то, что снижение носит планомерный характер и прослеживается по всем регионам. При этом в одних регионах снижение идет более интенсивно, в других менее интенсивно. Обозначенная ситуация обусловлена тем, что подход к формированию потенциала ресурсного обеспечения был неоднозначным и сопровождался нарушениями принципов равенства и справедливости. Чрезмерное увлечение политикой ликвидации излишеств, в частности сокращением численности врачей и средних медицинских работников, привело к небывалому росту фрикционной безработицы. Из системы здравоохранения навсегда выбыло 10,7 тыс. специалистов. Это при условии, что имеется штатная и физическая недоукомплектованность специалистов. Чрезмерная ликвидация кадров породило и такое явление как географический дисбаланс кадров. В южных регионах республики самая низкая обеспеченность врачами (в Ошской области - 183, в Жалалабадской - 182.на 1000 тыс. населения).

Корреляционные коэффициенты, рассчитанные по Пирсону, указывают на сильную положительную связь показателей числа коек и числа врачей на 10 000 населения. Это объясняется тем, что увеличение коечного фонда автоматически приводит к увеличению врачебных кадров. Неожиданным оказалось то, что по мере роста численности коек и врачей число практических врачей снижается (коэффициент Пирсона - минус 0,7). Особенно отчетливо это проявляется в Жалалабадской области и г. Бишкек.

Увеличение числа коек сопровождается повышением госпитализации. Связь между этими явлениями прямая и очень сильная ($r = 0,6$). Однако статистический анализ показал, что увеличение

кочного фонда и числа врачей сопровождается удлинением пребывания больных в стационарах ($r=0,9$). В то время как увеличение числа врачей слабо влияет на обращаемость населения в амбулаторно-поликлинические учреждения, связь прямая средней силы. Между интегральным показателем ресурсного обеспечения и потенциалом общественного здоровья прослеживается выраженная корреляционная зависимость. По мере повышения уровень резервного обеспечения повышается потенциал общественного здоровья.

Положительным моментом реформ является то, что число практикующих врачей увеличилось на 961 (9,3%) человек. Однако интерес населения к ГСВ снизился. Показатель обращения к ГСВ в целом по республике сократился с 3,6 (2000 г.) до 2,8 (2006 г.) на одного жителя. ИП обращения к амбулаторно-поликлиническим врачам колеблется от 0,16 до 0,25, тогда как в странах Европы (Чехия, Словакия) ИП составляет 0,92-0,86, в России –0,44, Белоруссии – 0,63. [Корецкий И. В., 2004].

Итак, оценка эффективности ресурсного обеспечения на основе интегральных показателей является универсальной статистической моделью для оценки ситуации и принятия управленческих решений.

Литература:

1. Вялков А.И. О формировании системы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью // Экономика Здравоохранения.- 1998.- №6.- С. 5-10.
2. Стат. сборник МЗ Кыргызской Республики «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики». – Бишкек. -2000-2007гг.
3. Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения. - Бишкек: АО «Учкун», 2003. – 683 с.
4. Райс Джеймс А. Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ // Проблемы соц. гигиены и истории медицины. – 1996.- №4. –С. 47-52.
5. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Определение приоритетов в сфере здравоохранения // Реформа системы здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий.- Москва, 2000. – С.160-168
6. Султанмуратов М.Т., Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Дисс. докт. мед. наук, – Бишкек. -2002.- 228 с.
7. Корецкий И. В. Центральная оценка потенциала общественного здоровья и основных ресурсов системы здравоохранения. Москва. Дисс. канд. мед. наук, 2004, - 168 с.
8. Щепин О.П. Современные этапы реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в РФ. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-1999- №93.- С.8-9.
9. Brown G.D., Brow M.L. New Curriculum Challenges in Health Administration Education // The Journal of Health Administration Education. – 1995.-Vol.131, №4. –P. 597-598
10. Johnston G., Response to: “A Framework for Evaluating the Impact of Health Services anagement Education” // The Journal of Health Administration Education. – 2000.- Vol.11, №2. –P. 86.
11. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO.- Copenhagen: Regional Office for Europe, 1990