

Джемуратов К.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОТЕНЦИАЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ С РЕСУРСНОЙ БАЗОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье представлены результаты анализа структуры заболеваний в больницах по уровням стационарной помощи. Выявлены существенные различия доли госпитализируемых по отдельным классам заболеваний и видам хирургического вмешательства в больницах разного типа.

Ключевые слова: территориальная больница, госпитализируемая заболеваемость, хирургическая помощь.

The article presents the results of diseases structure analysis in the hospitals by hospital care levels. Significant differences of the hospitalized patients share have been revealed on specific classes of diseases and surgical intervention types in hospitals of the various type.

Key words: territorial hospital, hospitalized morbidity, surgical care.

Здравоохранение и здоровье населения неизменно рассматриваются как два весьма существенных продукта, на которые любое общество выделяет те или иные ассигнования. В связи с этим встает вопрос о “достаточном” уровне финансирования. Прежде всего, не ясно, каков объем государственного финансирования считать достаточным и по каким критериям оценивать достаточность?

Достаточность финансирования здравоохранения отдельных стран принято оценивать по удельному весу отчислений от ВВП. Данный показатель по странам имеют 5 и 6-ти кратные различия (табл.1). В списке представленных стран, Кыргызстан по объему отчислений на здравоохранение занимает последнее место. В развитых странах, где проживает 15% населения земного шара, отчисления на здравоохранение составляют 9,2%, а в развивающихся странах - 3,5-4,5 % (1).

Таблица 1

Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП *

Страна	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Австрия	5.4	7.3	7.9	8.1	7,1	8,6	8,7	8	8	8,1	8	-
Бельгия	4.1	5.9	6.6	7.4	7,4	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7	7,4
Дания	6.1	6.5	6.8	6.3	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4
Финляндия	5.7	6.4	6.5	7.3	7,9	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	-
Франция	5.8	7.0	7.6	8.5	8,6	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5	-
Германия	5.9	8.1	8.4	8.7	8,7	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6	-
Греция	3.4	3.4	3.6	4.1	7,5	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3	-
Исландия	5,0	5,8	6,2	7,3	7,9	8,2	8,2	8	8,3	8,7	8,9	-
Ирландия	5,3	7,6	8,7	7,8	6,6	7,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	-
Швеция	7,1	7,9	9,4	8,9	8,5	8,1	8,4	8,1	7,9	-	-	-
Швейцария	5,2	7,0	7,3	8,1	8,5	10	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	-
Турция	2,4	2,7	3,3	2,2	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	-	-	-
Англия	4,5	5,5	5,6	5,9	6	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3	-
Италия	-	-	-	-	8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,1
Канада	-	-	-	-	9	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	9,3
США	-	-	-	-	11,9	13,3	13,2	13	12,9	13	13	-
Кыргызстан	-	-	-	-	3,7	3,8	3,1	3,2	2,8	2,6	2,1	1,9

*Источник: OECD HEALTH DATA 2002. - Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2002 4th edition

Сравнительный анализ показывает, что прямой зависимости здоровья населения от уровня отчислений в сектор здравоохранения из ВВП не выявлено. Так, например, ожидаемая продолжительность жизни населения США, Германии и Соединенного Королевства в 1996 году равнялась 76,2 годам, хотя доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, составляла 13,2; 10,0 и 7,1% соответственно. В то же время в Японии ожидаемая продолжительность жизни для всего населения страны составляла 80 лет, а доля ВВП, направляемая на медицинскую помощь - всего 7,4 %. Из приведенных данных следует, что процент отчислений от ВВП отражает лишь объемы финансовых средств выделяемых на здравоохранение, но не их достаточность.

Другим критерием определения достаточности финансирования системы здравоохранения является выделение средств из расчета на душу населения (табл.2).

Таблица 2

Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения (в долл. США)

Название страны	Годы наблюдения							
	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000
Австрия	1206	1422	1616	1940	1873	1968	2061	2162
Бельгия	1245	1514	1650	1982	2013	2008	2144	2269
Дания	1453	1586	1818	2004	2100	2241	2358	2420
Финляндия	1295	1383	1301	1487	1550	1529	1605	1664
Франция	1517	1765	1853	1997	2046	2109	2226	2349
Германия	1600	1870	2047	2341	2465	2520	2616	2748
Греция	712	780	1047	1179	1224	1307	1375	1399
Исландия	1376	1503	1580	1911	1988	2204	2409	2608
Ирландия	777	1052	1208	1318	1526	1576	1752	1953
Швеция	1492	1501	1507	1716	1770	1748	-	-
Швейцария	1836	2204	2367	2615	2841	2952	3080	3222
Турция	171	193	191	234	272	303	-	-
Англия	972	1175	1258	1422	1481	1527	1666	1763
Италия	1321	1542	1479	1566	1684	1774	1882	2032
Канада	1676	1899	1992	2091	2181	2285	2428	2535
США	2739	3184	3538	3854	4005	4178	4373	4631
Кыргызстан	-	-	4,6	4,4	4,5	4,1	4,4	4,6

Из представленных данных видно, что объемы финансирования на душу населения имеют 3-4 кратные различия и в Кыргызстане самый низкий уровень. Наряду с этим объемы финансирования из расчета на душу населения во всех странах ежегодно повышаются, а в Кыргызстане остались на прежнем уровне. Однако заметим, что объемы финансирования на душу населения не могут быть приняты в качестве критерия определения достаточности, так как долларový эквивалент имеет существенные отличия по странам и континентам. Другие авторы, проводя целенаправленные исследования, по определению достаточности финансирования пришли к выводу, что на данном этапе отсутствует унифицированный инструмент ранжирования и сравнения территориальных особенностей ресурсного обеспечения (3,4,5). Поэтому в данной статье мы попытались рассмотреть взаимосвязь потенциала ресурсного обеспечения с потенциалом общественного здоровья на основе обобщенных показателей, которые в совокупности отражают достаточность финансирования, эффективность, равномерность, надежность и влияние на здоровье.

Материалы и методы. Взаимосвязь ресурсного обеспечения с потенциалом общественного здоровья оценивалась методом сопоставления на основе критериев доказательности. Величины показателей ресурсного потенциала и общественного здоровья Кыргызской Республики за период с 2001 по 2006 гг. устанавливались на основании анализа интегральных показателей, объединяющих 8 базовых показателей в соответствии с рекомендациями Корецкого И.В. (5). Базовые показатели состояния здоровья населения заимствованы из статистических сборников Республиканского медико-информационного центра МЗ Кыргызской Республики за период с 2001 по 2006 гг.

Результаты и обсуждения. Исходные интегральные показатели потенциала общественного здоровья представлены в таблице 3.

Таблица 3

Интегральные показатели потенциала общественного здоровья

Территориальный регион системы здравоохранения	Усреднен-ный ИП	Ранг	Уровень обществ. здоровья *	Динамика						Прирост, снижение (%)
				2001	2002	2003	2004	2005	2006	
г. Бишкек	0,48	1	Средний	0,41	0,43	0,43	0,44	0,51	0,64	57,4
Баткенская обл	0,47	2	Средний	0,44	0,45	0,38	0,49	0,47	0,57	29,5
Нарынская обл	0,42	3	Средний	0,43	0,39	0,45	0,40	0,43	0,43	0,8
Таласская обл	0,42	4	Средний	0,42	0,35	0,43	0,46	0,44	0,43	0,7
Жалалабадская	0,35	6	Ниже среднего	0,38	0,36	0,34	0,34	0,34	0,31	-18,2
Ыссыккульская	0,35	7	Ниже среднего	0,33	0,38	0,36	0,37	0,39	0,30	-11,4
Ошская обл	0,34	8	Ниже среднего	0,33	0,31	0,29	0,31	0,37	0,43	31,3
Чуйская обл	0,37	5	Ниже среднего	0,32	0,37	0,38	0,36	0,37	0,42	30,8
Республика	0,38		Ниже среднего	0,36	0,37	0,35	0,38	0,40	0,44	20,9

Из данной таблицы следует, что уровень общественного здоровья по регионам республики колеблется от ниже среднего (ИП- 0,4) до среднего (ИП- 0,48). При этом по ряду регионов прослеживается положительная динамика, в числе которых лидирует г. Бишкек (прирост 57,4%), а по ряду регионов (Жалалабадская – на 18,2%, Ысыккульская- 11,4%) отрицательная.

Уровень ресурсного обеспечения в республике на уровне среднего. республики неоднозначный (табл.4). ИП колеблются от 0,18 до 0,40, а ранги – от 1 до 7. При этом ИП ресурсного обеспечения по всем регионам колеблется в широких пределах - от 0,18 до 0,40 единиц. В то же время прослеживается отчетливая тенденция снижения ресурсного обеспечения по всем регионам. В целом по республике уровень ресурсного обеспечения сократился на 23,7%.

Таблица 4

Интегральные показатели потенциала ресурсного обеспечения

Территориальный регион системы здравоохранения	ИП	Ранг	Уровень ресурсного обеспечения	Динамика						Процент снижения
				2001	2002	2003	2004	2005	2006	
г. Бишкек	0.34	3	Ниже среднего	0,35	0,36	0,36	0,34	0,33	0,29	-17,1
Баткенская	0.39	2	Ниже среднего	0,52	0,45	0,40	0,35	0,33	0,31	-40,4
Нарынская	0.27	5	Ниже среднего	0,54	0,23	0,23	0,20	0,20	0,20	-63,0
Таласская	0.26	6	Ниже среднего	0,45	0,28	0,23	0,21	0,21	0,19	-57,8
Жалалабадская	0.33	4	Ниже среднего	0,45	0,40	0,32	0,28	0,27	0,25	-44,4
Ысыккульская	0.18	7	Низкий	0,26	0,22	0,18	0,18	0,19	0,16	-38,5
Ошская	0.40	1	Средний	0,48	0,45	0,40	0,37	0,36	0,35	-27,1
Чуйская	0.18	7	Низкий	0,24	0,18	0,17	0,17	0,17	0,16	-33,3
Республика	0.50		Средний	0,59	0,54	0,50	0,48	0,46	0,45	-23,7

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.

Для того, чтобы выяснить в какой степени география и динамика потенциала общественного здоровья зависит от уровня ресурсного обеспечения нами проведено сопоставление интегральных показателей потенциала общественного здоровья и уровня ресурсного обеспечения (таб.5). Из таблицы видно, что величины интегральных показателей общественного здоровья по большинству районов превышают таковые ресурсного обеспечения. Между ресурсным обеспечением и потенциалом общественного здоровья имеется слабая корреляционная связь. Коэффициент корреляции по Пирсону (0,31). Остается не ясным, почему в одних регионах взаимосвязь сильная (Бишкек $r=0.96$), тогда как в других практически отсутствует (Ысыккульская область $r=0.07$).

Итак, по большинству регионов показатели ресурсного обеспечения сокращаются, а потенциал общественного здоровья повышается. Исключение составляют две области (Жалалабадская, Ысыккульская), в которых снижение ресурсного обеспечения сопровождается снижением потенциала общественного здоровья.

Таблица 5

Сопоставление ИП ресурсного обеспечения и потенциала общественного здоровья

Территориальный регион системы здравоохранения	Потенциал ресурсного обеспечения			Потенциал общественного здоровья			Коэффициент Пирсона в динамике
	ИП	Ранг	Уровень ресурсного обеспечения	ИП	Ранг	Уровень общественного здоровья	
г Бишкек	0.34	3	Ниже среднего	0,48	1	Средний	-0,96
Баткенская обл	0.39	2	Ниже среднего	0,47	2	Средний	-0,59
Нарынская обл	0.27	5	Ниже среднего	0,42	3	Средний	0,18
Таласская обл	0.26	6	Ниже среднего	0,42	4	Средний	-0,30
Жалалабадская	0.33	4	Ниже среднего	0,35	6	Ниже среднего	0,92
Ысыккульская	0.18	7	Низкий	0,35	7	Ниже среднего	0,07
Ошская обл	0.40	1	Средний	0,34	8	Ниже среднего	-0,52
Чуйская обл	0.18	7	Низкий	0,37	5	Ниже среднего	-0,85
Республика	0.50		Средний	0,38		Ниже среднего	-0,70

Остается не ясным, почему сокращение ресурсного обеспечения сопровождается повышением потенциала общественного здоровья. Особенно это отчетливо прослеживается на графиках (рис.1,2). В Ошской области, несмотря на то, что с 2004 г. ресурсное обеспечение стало улучшаться, кривая потенциального здоровья продолжает опускаться.

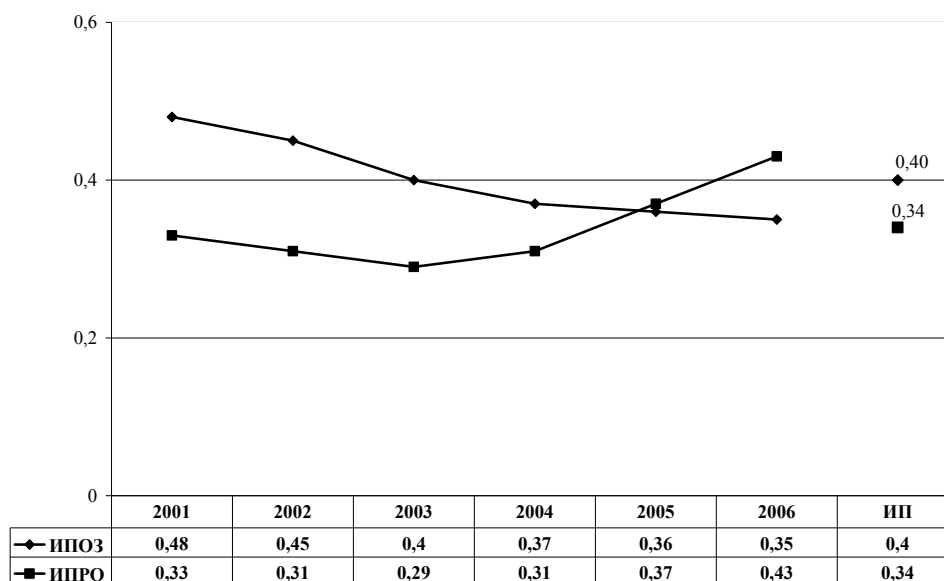


Рис.1. Сравнительный анализ ресурсного обеспечения и общественного здоровья Ошской области за период с 2001 по 2006 гг.

В Жалалабадской области темп ресурсного обеспечения стал устойчивым, однако потенциал общественного здоровья интенсивно снижается.

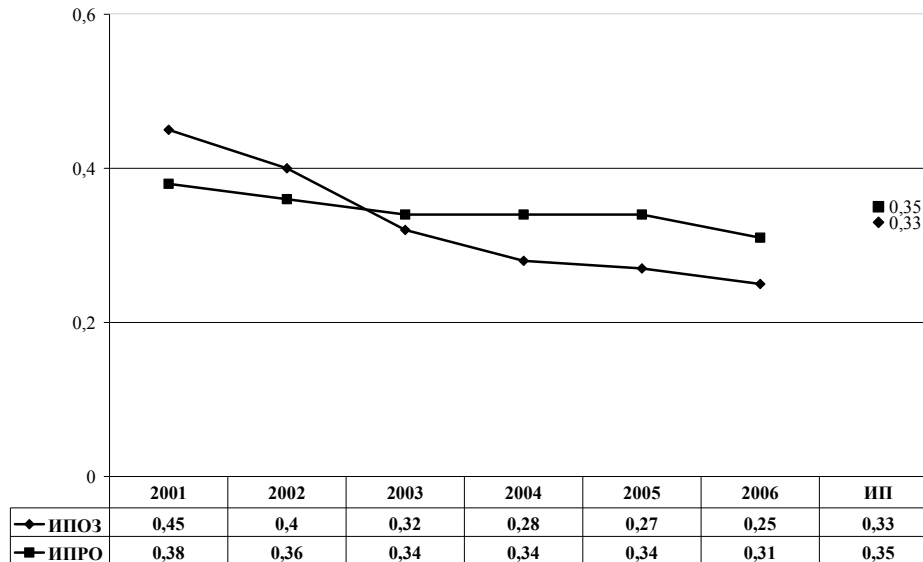


Рис.2. Сравнительный анализ ресурсного обеспечения и общественного здоровья Жалалабадской области за период с 2001 по 2006 гг.

Наиболее интригующая ситуация прослеживается по региональным секторам здравоохранения, занимающих последние ранговые места (рис. 3). В данных регионах четко прослеживается обратная связь, ресурсное обеспечение сокращается, а потенциал общественного здоровья повышается.

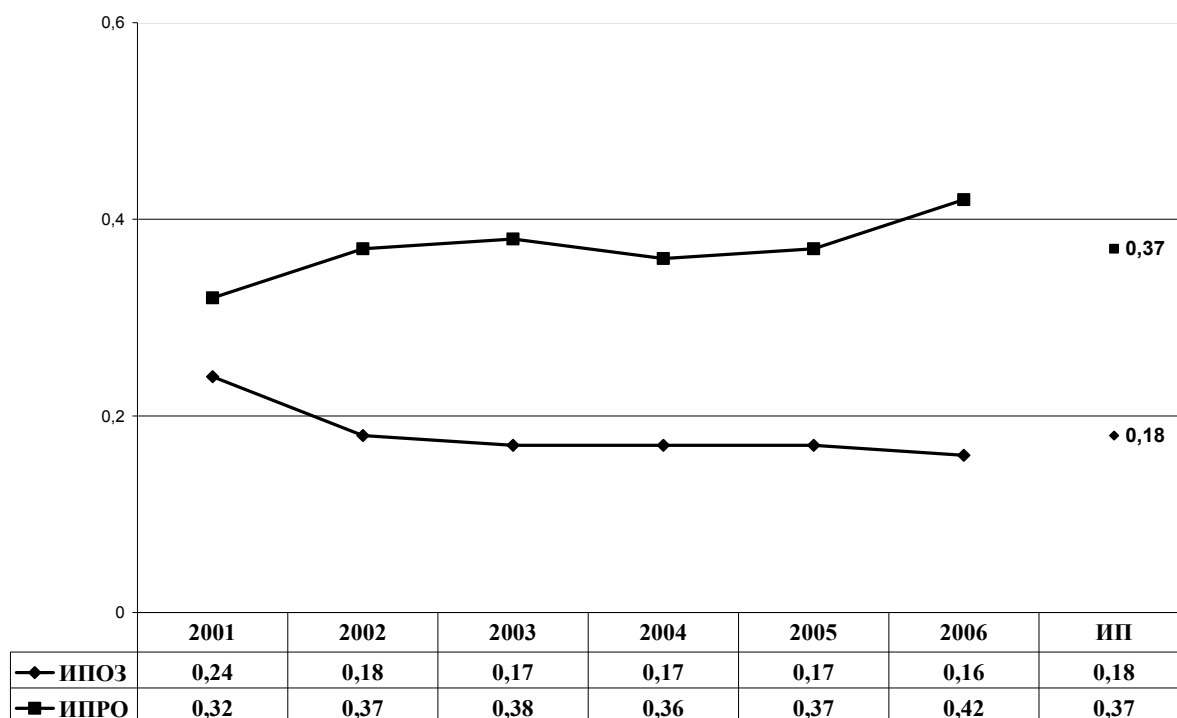


Рис.3. Сравнительный анализ ресурсного обеспечения и общественного здоровья, занимающих последние ранговые места в период с 2001 по 2006 гг.

Таким образом, потенциал общественного здоровья слабо коррелирует с ресурсным обеспечением. В республике по всем регионам происходит спад ресурсного обеспечения, а потенциал общественного здоровья повышается. Данная ситуация указывает на то, что уровень потенциала общественного здоровья зависит не столько от объемов финансирования, сколько от их рационального и эффективного использования. Из этого следует, что путь к достаточному финансированию кроется в технической, распределительной, административной и качественной эффективности использования ресурсного обеспечения, а также в сохранении здоровья, а не в применении высоких технологий.

В итоге отметим, что сопоставительный анализ потенциалов общественного здоровья и ресурсного обеспечения позволяет составить представление об эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Полученные данные позволяют утверждать о лучшем использовании ресурсов в тех регионах, где ИП ресурсного обеспечения ниже ИП потенциала общественного здравоохранения. Таких регионов в Кыргызской Республике оказалось большинство. Напротив, в странах, где ИП ресурсной базы значительно превышает ИП потенциала общественного здоровья, то ресурсы используются менее эффективно.

Анализ динамики бюджетного финансирования системы здравоохранения Кыргызской Республики показал, что государственные средства на здравоохранение с каждым годом значительно сокращаются (таб. 6.). Так, удельный вес средств на здравоохранение от общего государственного бюджета сократился с 12,4 % (1999) до 10,5% (2005 г.) и 11,4% (2006г), а финансирование на здравоохранение в процентах от ВВП республики снизились за этот период с 2,6% до 2,1%, однако бюджет здравоохранения за этот период в 1,6 раза и составил 1679,0 млн. сом. В связи с этим расходы здравоохранения на одного человека увеличились с 216,3 до 453,0 сома.

Таблица 5

Расходы на здравоохранение в Кыргызской Республике

Год наблюдения	Общая сумма расходов госбюджета (млн. сом)	в т.ч. на здравоохранение (млн. сом)		Объем ВВП (млн. сом) *	Доля расходов на здравоохранение в % к ВВП	Сумма расходов на здравоохранение на одного жителя (в сомах)
		Абс.	%			
1999	9042,1	1046	11,6	48744	2,6	217,7
2000	8630,9	1061,6	12,3	65357,9	2,1	217,2
2001	12861,3	1279,8	10,0	73889,7	1,9	259,8
2002	13195,7	1362,9	10,3	81613	1,8	274,4
2003	13583,3	1304	9,6	83,9	1,9	260,2
2004	11513,8	1255	10,9	94,1	2,2	247,8
2005	12980,9	1363	10,5	100,8	2	266,4
2006	14728,1	1679	11,4	111,5	2,1	325,1

Заключение

Проведенный нами статистический анализ показал, что Кыргызская Республика попала в число государств со средним уровнем ресурсного обеспечения (0,50), в число которых вошли Болгария (0,54), Италия (0,47), Норвегия (0,46), Финляндия (0,45) и др., и тем не менее по уровню ресурсного обеспечения существенно отстает от лидирующих стран: Франция (0,76), Германия (0,75), Чехия (0,7), Словакия (0,66). Такие страны как, Россия и Нидерланды попали в число стран с оценкой «Ниже средней».

Несмотря на то, что Кыргызская Республика имеет средний уровень ресурсного обеспечения, такие отдельные регионы как Ысыкульская (0,20) и Чуйская (0,18) области имеют крайне низкий уровень ресурсного обеспечения. При этом негативным моментом, является то, что по всем регионам не зависимо от уровня ресурсного обеспечения, проводится планомерная ликвидация излишеств. Так в Нарынской области ресурсное обеспечение сократилось в 2,7 раза, в Таласской области – в 2,4 раза, в г. Бишкеке – в 1,2 раза. В целом в Кыргызской Республике ресурсное обеспечение за период с 2001 по 2006 годы сократилось в 1,3 раза. Это свидетельствует о том, что в ходе реформы системы здравоохранения нашей республики чрезмерно внедрена и реализована политика «ликвидации излишеств».

Необходимо отметить определенный факт о том, что ни в одном регионе республики интегральный показатель обеспеченности койками не превышает 0,8 (хорошее обеспечение). Однако неудовлетворительная обеспеченность койками присуща в г. Бишкек (0,02), Ысыкульской области (0,12) и Чуйской (0,15). В этих же регионах был выявлен низкий интегральный показатель госпитализации: Бишкек – 0,10; Ысыкульской области – 0,27; Чуйской области – 0,32 при средние республиканском показателе – 0,72.

За период с 1997 г. (начало реформ) по 2006 г. численность врачей сократилась на 1644 человека (12,9%), средних медицинских работников – на 9027 (31,4%) человек. Определенная часть специалисты выехала за пределы страны, другая, занялась бизнесом не связанным с медициной. Чрезмерный отток кадров породило в республике новое демографически-географическое явление как географический дисбаланс.

При этом в южных регионах республики прослеживается самая низкая обеспеченность врачами (в Ошской области – 183, в Жалалабадской области – 182 на 1000 тыс. населения).

В то же время положительным моментом реформ системы здравоохранения республики является то, что число практикующих врачей увеличилось на 961 (9,3%) человек. По нашим данным показатель обращения в 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. (И.В. Корецкий, 2004).

Усредненный интегральный показатель характеризует, не только уровень и ранг ресурсного обеспе-

чения, но и объективные причины его низкого уровня. 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 отмечается низкая обеспеченность коечным фондом (0,02), отмечается низкий уровень госпитализации (0,1) и недостаток медицинских сестер (0,01). В столице недостаток медицинских сестер происходит не в силу их физической нехватки, а по причине низкой оплаты их труда, тогда как хорошая укомплектованность медсестрами в южных областях обусловлена отсутствием какой-либо другой альтернативной работы.

Проведенный нами корреляционный анализ, показал наличие сильной положительной связи между показателями числом коек и числом врачей на 10 000 населения. Это объясняется тем, что увеличение коечного фонда автоматически приводит к увеличению кадров. Неожиданным оказалось то, рост численности коек и врачей практиков сопровождается повышением госпитализации и удлинением пребывания больных в стационарах ($r = 0,9$). Увеличение числа врачей слабо влияет на обращаемость населения в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Установлена положительная корреляционная связь уровня потенциального здоровья с уровнем ресурсного обеспечения. Между тем экспертный анализ констатирует, что ресурсная база большинства регионов не отражает уровень потенциала общественного здоровья. Нарращивание ресурсной базы системы здравоохранения, происходящее в большинстве районов, также не способствует повышению общественного здоровья, что согласуется с международной практикой, которая доказывает, что уровень общественного здоровья определяется не только и не столько объемами ресурсного обеспечения, сколько рациональным использованием ресурсов средств.

Литература:

1. Реформа здравоохранения и проблемы устойчивости финансирования: введение в концептуальный анализ и аналитический инструментарий. Центр экономики и анализа политики в области здравоохранения, Университет МакМастер Юниверсити, 1997, стр. 6.
2. OECD HEALTH DATA 2002. - Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2002 4th edition
3. 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.
4. Шевченко Ю.Л., От концепции - к практике: Доклад Министра здравоохранения РФ на итоговой Коллегии //Мед. газета. - 2002. -14 июня. - С.4
5. Корецкий И. В. Центральная оценка потенциала общественного здоровья и основных ресурсов системы здравоохранения. Москва. Дисс. канд. мед. наук, 2004, - 168 с.