

ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ДОЛГОСРОЧНУЮ ПЕРСПЕКТИВУ

В статье рассмотрены проблемы, возникшие при осуществлении прогнозирования основных показателей, характеризующих развитие отрасли здравоохранения в Самарском регионе, выявленные в ходе работы над областной стратегией социально-экономического развития до 2030 года.

Ключевые слова: проблемы прогнозирования, стратегическое планирование, развитие здравоохранения, заболеваемость, сеть медицинских учреждений, медицинские кадры.

Структура и уровень заболеваемости являются важнейшими составляющими комплексной интегральной оценки здоровья населения. Ее изучение необходимо для обоснования управленческих решений на всех уровнях управления здравоохранением. Правильное прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, ее потребности в различных видах ресурсов основывается на показателях заболеваемости. Они служат одним из критериев оценки качества работы сети учреждений, медицинских кадров и сферы здравоохранения в целом.

К важнейшим показателям заболеваемости населения относятся, в том числе, первичная заболеваемость и общая заболеваемость. Данные показатели являются наиболее распространенными в региональных стратегических документах, касающихся социально-экономического развития. Однако по нашим наблюдениям специалисты сталкиваются с рядом проблем при расчете прогнозных значений данных показателей на среднесрочную и долгосрочную перспективу.

Существует многочисленная литература по данной тематике с различными методами расчетов прогнозных значений. В то же время в практике обычно используются два подхода к прогнозированию заболеваемости: экстраполяционный и факторный.

При экстраполяционном прогнозировании исследуются усредненные параметры изучаемого явления, отражающие лишь общую тенденцию данного явления. Как правило, для прогноза используется эволюционное развитие событий, не учитывающее последствий возможного реформирования, кризисов и других социально-экономических событий, которые могут влиять на динамику заболеваемости населения региона. Данные события могут учитываться при факторном подходе, основанном на прогнозировании уровней заболеваемости, которые могли быть выше или равными некоторой критической линии, задаваемой исследователем. Однако существующий уровень знаний о причинных связях общей заболеваемости ограничен ввиду необходимости изучения множества видов заболеваемости в отдельности, что лишь в редких случаях отражается на качестве прогнозов.

Рассмотрим проблемы применения факторного подхода на примере Самарской области, состояние здравоохранения в которой дает представление о состоянии, существующих проблемах и перспективах развития этой отрасли в целом по данным, опубликованным на момент проведения нашего исследования на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики по Самарской области.

Уровень заболеваемости в Самарской области превышает среднероссийские показатели. За период 2009-2014 годов он увеличился на 15,2% [1], что отражает общую ситуацию устойчивого роста заболеваемости в России. Отметим, что в отдельные годы отмечаются незначительные отклонения от повышательного тренда как в регионе, так и в стране в целом.

Рост заболеваемости отчасти является неизбежным следствием старения населения, отчасти – ухудшения состояния здоровья населения, о котором можно судить по данным, относящимся к определенным возрастным-половым группам и отдельным группам заболеваний. Кроме того, уровень заболеваемости в значительной степени зависит также от полноты охвата населения медицинским наблюдением и полноты выявления случаев заболеваний [2].

В общей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний в данном регионе выделяются болезни органов дыхания. Их доля в общей заболеваемости постепенно увеличивалась и достигла в 2014 году 22,9% [1].

В плане мероприятий по снижению смертности от болезней органов дыхания предусматривается реализация мероприятия по профилактике респираторных инфекций путем иммунизации насе-

ления от гриппа и пневмококковой инфекции, в первую очередь в группах риска. Кроме того, в области усилена работа по раннему выявлению туберкулеза среди населения. Утвержден порядок маршрутизации госпитализации больных туберкулезом, в 2015 году переоснащена вся противотуберкулезная служба.

Второе место в структуре общей заболеваемости удерживают болезни системы кровообращения. В 2014 году заболевания этого класса составили 15,5% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний [1]. В целях совершенствования организации на догоспитальном этапе неотложной кардиологической помощи больным с острым коронарным синдромом, оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на территории Самарской области усовершенствована маршрутизация потоков пациентов, дополнительно открыто четыре первичных сосудистых отделения, проведена реструктуризация медицинских организаций.

В Самарской области наблюдается ежегодный рост числа больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, что обусловлено ухудшением экологической обстановки, постарением населения и повышением эффективности методов диагностики. В расчете на 100 тыс. человек населения число больных с впервые установленным диагнозом в 2014 году увеличилось по сравнению с 2010 годом на 12,2% и составило 485 человек на 100 тыс. человек населения, а число пациентов, состоящих на учете на конец года, – на 16% (2531,7 человек на 100 тыс. человек населения на конец 2014 года)[1].

Социально-экономическая инфраструктура, сложившаяся в Самарской области, позволяет отнести ее к числу канцерогеноопасных регионов, в котором в последние годы регистрируются высокие показатели онкологической заболеваемости: за 5 лет она выросла на 12% и превышает российский показатель на 26%. Смертность за это же время выросла на 0,1%. По сравнению с 2013 годом произошло снижение на 2,5% [1].

В регионе сформированы потоки пациентов с подозрением на злокачественные новообразования по единым принципам маршрутизации онкослужбы и отработаны алгоритмы взаимодействия медицинских организаций области с Самарским областным клиническим онкологическим диспансером.

В рамках реализации мероприятий по совершенствованию организации онкологической помощи населению Самарской области создана служба стандартизации и системы управления качеством, в

регионе начато строительство ПЭТ КТ центра, Центра протонной терапии, организован онкологический телемедицинский консультативный центр.

Самарская область находится в списке лидирующих регионов по уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией. По итогам 2015 года в области зарегистрировано 2912 новых случаев заболеваемости (7 место в Российской Федерации). Показатель количества пораженных ВИЧ-инфекцией в области составляет 1373,5 человека на 100 тыс. человек населения (4 место в Российской Федерации). Регион является единственным субъектом Российской Федерации, который имеет отрицательную динамику прироста новых случаев ВИЧ-инфекции [3]. За последние годы в области созданы все условия для обследования и лечения больных, в том числе и для анонимного обследования.

Уровень наркотизации в Самарской области в 2014 году составил 494,7 чел. на 100 тыс. человек населения (в ПФО – 243,8 чел. на 100 тыс. человек населения, в Российской Федерации – 227,2 чел. на 100 тыс. человек населения) [4].

В целях профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в Самарской области реализуется государственная программа «Противодействие незаконному обороту наркотических средств, профилактике наркомании, лечение и реабилитация наркозависимой части населения в Самарской области» на 2014-2020 годы.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг Правительством Самарской области реализуется государственная программа Самарской области «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014-2018 годы, включающая мероприятия подпрограмм «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» и «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологическую, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации». Показателями эффективности данных подпрограмм, в том числе, являются «Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез», «Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более», «Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет», «Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию,

от числа состоящих на диспансерном учете», «Смертность от болезней системы кровообращения» [5]. Лишь некоторые из данных показателей с существенными превышениями среднероссийских значений соотносятся с заболеваниями, указанными выше. Кроме того, они были созданы для целей государственной программы и не обязаны отражать состояние факторов, влияющих на изменение значений прогноза.

Помимо этого, выявление корреляции между мероприятиями данных подпрограмм и динамикой заболеваемости возможно лишь в долгосрочной перспективе, если действие этих подпрограмм будет продлено в 2019 году. Таким образом, показатели (индикаторы) данной программы являются малоинформативными для прогноза до 2030 года.

Специалистам-экспертам, осуществляющим прогнозирование, необходимо владеть информацией о мероприятиях, реализуемых в рамках других региональных государственных программ социальной направленности, касающихся здорового образа жизни, молодежной политики, физической культуры и спорта. Кроме того, важно учитывать фактические и прогнозные данные по показателям данных программ.

Погрешность прогноза по общей и первичной заболеваемости отражается на результатах прогнозирования основных компонентов отрасли: сети лечебно-профилактических организаций и медицинских кадров.

С 2013 года в Самарской области активно проводится работа по реструктуризации и оптимизации сети больничных организаций. В 2014 году их количество составило 106 единиц (120 единиц в 2012 году), в том числе количество больничных организаций системы Министерства здравоохранения Российской Федерации уменьшилось на 12 единиц (с 86 до 74 единиц, соответственно) [1]. Сложившаяся тенденция повторяет общероссийскую: количество больничных организаций в России снизилось на 0,7 тыс. единиц за период 2011-2014 годов [6].

В результате проведенной структурной реорганизации регионального здравоохранения, мощность амбулаторно-поликлинических организаций в расчете на 10 тыс. человек населения также уменьшилась на 4,0% (с 256,4 в 2011 году до 246,1 посещений в смену в 2014 году) [1]. Сокращение по данному показателю в Российской Федерации составило 3,2 тыс. организаций на 10 тыс. человек населения [6].

В то же время за период 2009-2013 годов в Самарской области произошло заметное увеличение числа детских поликлиник, отделений, кабинетов с 67 до 142 единиц, но на конец 2014 года они составили 64 единицы [1]. Данное сокращение объясняется изменением методологии учета выше названных учреждений.

Несмотря на сложившуюся в последние годы тенденцию к сокращению медицинских учреждений при прогнозировании количества медицинских организаций следует учитывать рост количества коммерческих медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Эти данные не включены в план статистических работ и являются ведомственными.

В рамках государственной программы Самарской области «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014-2018 годы реализуются мероприятия по проектированию и строительству поликлиник и офисов врачей общей практики в регионе до 2018 года [5]. Количество объектов из данной программы не должно учитываться в прогнозе, так как вводимые в эксплуатацию объекты становятся частью уже существующих юридических лиц – медицинских учреждений. Однако, по нашим наблюдениям, такие объекты часто предлагаются для включения в прогноз в качестве отдельных юридических лиц, что неверно. Развитие сети медицинских организаций в данном случае можно продемонстрировать с помощью показателей «Обеспеченность больничными койками на 10 000 человек населения» и «Обеспеченность мощностью амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 000 человек населения».

Помимо региональных государственных программ при прогнозе развития отрасли здравоохранения используются региональные «дорожные карты», содержащие мероприятия, направленные на повышение эффективности здравоохранения в регионе до 2018 года. Данные документы были разработаны во исполнение Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года. В некоторых регионах страны, например, в Вологодской области, утверждены «дорожные карты» для каждого медицинского учреждения.

В Самарской области утвержден План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Самарской области на 2013-2018 годы» (далее – План) [7]. Он содержит раздел «Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи», в который включены, в том числе, показатели

«Обеспеченность населения врачами» и «Соотношение врачи/средние медицинские работники». По первому показателю обеспеченность в 2013 году составляла 34,3 единицы на 10 тыс. человек населения (в 2018 году – 37,0 единиц). По второму показателю 1/2 и 1/2,8, соответственно.

Предполагается, что значимым фактором улучшения кадровой ситуации данной сферы выступает существенное увеличение оплаты труда медицинских работников, обусловленное выполнением Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О реализации государственной социальной политики».

Кроме того, в целях повышения социальной защищенности молодых специалистов и закрепления их в учреждениях здравоохранения ежегодно выплачивается единовременное пособие на обустройство (166 тыс. рублей), компенсационная выплата (1 млн рублей). Также реализуется целевая послевузовская подготовка врачей по основным специальностям в интернатуре и ординатуре за счет средств областного бюджета [5].

Принимая во внимание данные факторы, а также используя прогнозные значения численности населения в области, специалисты испытывают затруднения в прогнозировании возможного дисбаланса в обеспеченности врачами и медицинскими сестрами. Необходимы научно обоснованные подходы к расчетам потребности, планирования, подготовки и использованию кадрового потенциала.

Учитывая неоднородность изменения показателей заболеваемости и многовариантность принятия управленческих решений, необходимо, на наш взгляд, разработать единый подход к оценке общей и первичной заболеваемости каждого муниципального района и городского округа региона с использованием единого метода прогнозирования. Кроме того, необходимо использовать данные по потребности городских округов и муниципальных районов региона в расширении (сокращении) сети медицинских учреждений.

Это позволит снизить ошибки прогнозирования данных показателей и показателей медицинских кадров, а также позволит повысить эффективность управленческих решений при реализации региональных государственных программ и лечебно-профилактических мероприятий, осуществляемых медицинскими учреждениями за счет финансовых средств в рамках текущей деятельности.

Литература

1. Самара стат. URL: <http://samarastat.gks.ru/>.

2. Щербакова Е. М. Заболеваемость населения России, 2013-2014 годы // Демоскоп Weekly. 2015. № 637-638. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0637/barometer637.pdf>.

3. Официальный сайт Министерства здравоохранения Самарской области. URL: <http://minzdrav.samregion.ru/>.

4. Доклад о наркоситуации в Самарской области (по результатам мониторинга наркоситуации в Самарской области в 2014 году). URL: http://www.netnarkoticam.org/external/netnark/files/c_19/Doklad_o_narko_situatsii.pdf.

5. Постановление Правительства Самарской области от 27.11.2013 г. № 674 «Об утверждении государственной программы Самарской области “Развитие здравоохранения в Самарской области на 2014-2018 годы”» // СПС «КонсультантПлюс». URL: <http://www.consultant.ru/>.

6. Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru/>.

7. Распоряжение Правительства Самарской области № 209-р от 12.04.2012 г. «Об утверждении Плана мероприятий (“Дорожной карты”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Самарской области на 2013–2018 годы”» // СПС «КонсультантПлюс». URL: <http://www.consultant.ru/>.

*Статья поступила в редакцию 13.05.16 г.
Рекомендуется к опубликованию членом Экспертного совета
канд. экон. наук, доцентом А. В. Балановской*