

На правах рукописи

Сафиуллин Марат Радикович

**ТЕРРИТОРИАЛЬНО-СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

Специальность 25.00.24 –
экономическая, социальная, политическая и рекреационная география

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата географических наук

Пермь – 2012

Диссертация выполнена на кафедре социально-экономической географии Пермского государственного национального исследовательского университета

Научный руководитель:

Шарыгин Михаил Дмитриевич

доктор географических наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой социально-экономической географии Пермского государственного национального исследовательского университета (г.Пермь)

Официальные оппоненты:

Алексеев Александр Иванович

доктор географических наук, профессор кафедры экономической и социальной географии России Московского государственного университета им.М.В. Ломоносова (г.Москва)

Закиров Ильнур Вагизович

кандидат географических наук, доцент кафедры сферы услуг Уфимского института (филиала) Российского государственного торгово-экономического университета (г.Уфа)

Ведущая организация: ФГБОУ ВПО «Удмуртский государственный университет» (г.Ижевск)

Защита состоится «23» ноября 2012 г. в 13 часов 30 минут на заседании диссертационного совета Д 212.189.10 при Пермском государственном национальном исследовательском университете по адресу 614990, г. Пермь, ул. Букирева 15, Пермский государственный университет, корп. 8., ауд. 215, e-mail: seg@psu.ru, факс: (342) 239-63-54

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале научной библиотеки ПГНИУ. Автореферат диссертации размещен на сайте ПГНИУ: <http://www.psu.ru> и официальном сайте ВАК РФ.

Автореферат разослан «22» октября 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат географических наук,
доцент

Т.А. Балина

Общая характеристика работы

Актуальность научного исследования. Территориально-структурная конкурентоспособность здравоохранения страны в значительной мере определяется пространственным развитием. Решение проблем эффективности территориальной организации здравоохранения страны, способной конкурировать в современных рыночных условиях, зависит от эффективности проводимой региональной политики. На региональном уровне закладываются основы по повышению адаптационных возможностей здравоохранения страны в рыночных условиях.

Определение приоритетных направлений пространственного развития здравоохранения регионов в русле мировых тенденций с использованием механизмов и методов рыночной экономики с учетом территориально-структурных особенностей может способствовать формированию конкурентоспособного здравоохранения.

Сложившаяся критическая геодемографическая ситуация в России (падение рождаемости, рост смертности, естественная убыль, миграционный отток, рост заболеваемости населения) после 1991 года совпала с проводимыми преобразованиями в системе здравоохранения. Произошло сокращение финансирования здравоохранения в стране, стала формироваться платная сеть здравоохранения и система обязательного медицинского страхования. В результате ухудшение геодемографической ситуации и состояния здравоохранения в России объективно потребовали экстренного принятия государственных решений. С 2005 года началась реализация двух взаимосвязанных национальных проекта, решающие общую задачу – улучшение качества жизни населения: «Демографическое развитие» и «Здоровье».

Степень изученности темы. Сфера здравоохранения представляет собой объект междисциплинарного исследования с различными аспектами научно-практического анализа. Крайне мало научно-прикладных исследований географического направления по проблемам территориальной эффективности развития системы здравоохранения регионов России и конкретно по Республике Башкортостан. Отдельные проблемы территориальной организации здравоохранения исследовались в работах по географии обслуживания, рекреационной, медицинской географии. Однако комплексные аналитические исследования экономико-географического характера проблем территориальной организации здравоохранения регионов России отсутствовали до последнего времени.

Объектом исследования выступает система здравоохранения Российской Федерации и Республики Башкортостан.

Предмет исследования: территориально-структурные особенности и тенденции функционирования системы здравоохранения Российской Федерации и Республики Башкортостан.

Область исследования соответствует п.4. «Территориальная организация, территориальная структура общества, включая его производительные силы»; п.11. «Территориальная организация и размещение отдельных отраслей хозяйства, других сфер человеческой деятельности, в частности сферы услуг» паспорта специальности ВАК 25.00.24 – Экономическая, социальная, политическая и рекреационная география (географические науки).

Цель диссертационной работы: обоснование направлений повышения территориальной эффективности здравоохранения на основе исследования взаимосвязи и особенностей геодемографической ситуации и здравоохранения в Российской Федерации и Республике Башкортостан.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

- сравнительная оценка эволюции геодемографической ситуации в Российской Федерации и Республике Башкортостан за 1991-2010 годы;
- оценка во взаимосвязи геодемографической ситуации и заболеваемости населения Российской Федерации и Республики Башкортостан;
- выявление территориально-структурных особенностей финансирования, занятости, материально-технической базы здравоохранения Республики Башкортостан;
- разработка критериев оценки территориальной эффективности развития здравоохранения региона;
- сравнительная оценка территориально-структурной организации фармацевтического рынка Российской Федерации и Республики Башкортостан;
- типология муниципальных образований Республики Башкортостан по уровню развития здравоохранения и определение территориальных приоритетов развития здравоохранения.

Теоретико-методологическую основу диссертационного исследования составляют работы географов: Ю.Г.Саушкина, М.Д.Шарыгина, Е.Г.Анимицы, В.А.Сухих, Н.В.Зубаревич, Ю.А.Веденина, А.И.Зырянова, Е.А.Котлярова, Т.В.Кучера, Н.С.Мироненко, И.Т.Твердохлебова, В.С.Преображенского, И.В.Зорина и др.

В исследовании использованы работы отечественных и зарубежных ученых, в которых уделялось внимание особенностям функционирования и развития здравоохранения в отдельных странах мира, включая в первую очередь США, Германию, Францию: К.Козлов, Ю.Т.Шарабчиев, О.И.Галицкий, Л.Е.Малюкова, Н.А.Шведова, Х.Хайт, Д.Хаус.

Работы, посвященные региональным проблемам и особенностям функционирования, а также финансирования здравоохранения в регионах: М.Д.Дуганов, И.Краснопольская, В.И.Стародубов, В.О.Флек, А.А.Баранов, Р.А.Хальфин, С.В.Шишкин, Н.В.Бондаренко, А.Я.Бурдяк, Н.В.Юргель, М.Ю.Хубиева, Л.Попович и др.

Работы экономистов, посвященные вопросам современной организации, тенденциям и перспективам развития здравоохранения: Т.В.Богатова,

Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, С.В.Шишкин, Н.М.Калмыкова, И.Я.Гурович, Е.Б.Любов, А.Б.Шмуклер, Т.М.Малеева, Н.И.Малов, И.В.Самородская и др.

В связи с формированием в системе здравоохранения России в рыночных условиях новых структурных секторов бизнеса большое количество научных публикаций посвящены проблемам формирования конкурентоспособного территориального рынка фармацевтических услуг и аптечной сети. Данные проблемы рыночного сектора экономики в здравоохранении рассмотрены в работах И.А.Джупаровой, С.Г.Сбоевой, Е.А.Абрашкиной, Т.В.Горбатюк, И.В.Косовой, А.Б.Краснокутский, А.А.Лагуновой, О.А.Куликовой, Л.И.Лаврентьевой, О.В.Желткевич, О.В.Соколовой, Ю.А.Музыра, Т.А.Канакиной, И.Б.Никулиной, В.Ф.Семенченко, Н.Н.Соколовой, М.Ю.Степановой, Е.А.Третьяковой, А.Ю.Юдановой, Е.А.Вольской, А.А.Ишмухаметовой, М.Н.Денисовой и др.

Методы исследования. При написании диссертационной работы использовались как общенаучные, так и географические методы: сравнительно-географический, описательный, аналитический, картографический, статистического анализа.

Информационная база диссертационной работы опирается на несколько типов источников. Во-первых, официальные материалы органов государственной статистики: Росстат и Башкортостанстат. Во-вторых, литературные научные источники по теоретико-методическим проблемам региональной, социальной политики, сферы обслуживания, геодемографической ситуации в Российской Федерации и республике Башкортостан. В-третьих, материалы специализированных научных журналов («Здравоохранение» и др.). В-четвертых, Интернет-ресурсы. В-пятых, результаты собственных расчетов и анализов на основе материалов, собранных и обобщенных в ходе экспедиционных исследований.

Научная новизна диссертации заключается в следующем:

1. Выявлены тенденции и территориально-структурные особенности функционирования здравоохранения Российской Федерации и Республики Башкортостан на основе комплексного пространственного анализа геодемографической ситуации и состояния здравоохранения.

2. Разработаны критерии оценки территориальной эффективности развития здравоохранения региона.

3. Впервые выполнен экономико-географический анализ территориальной эффективности здравоохранения Российской Федерации и Республики Башкортостан.

4. Выявлены территориально-структурные особенности формирования фармацевтического рынка Российской Федерации и Республики Башкортостан.

5. Проведена типологизация муниципальных образований Республики Башкортостан по уровню эффективности развития здравоохранения и

определены территориальные приоритеты развития здравоохранения муниципальных образований.

Практическая значимость исследования. Теоретические положения диссертации могут использоваться при аналогичных исследованиях в других регионах Российской Федерации. Авторская методика экономико-географического исследования может применяться при оценке и мониторинге территориальной эффективности развития здравоохранения российских регионов.

Результаты работы и рекомендации могут быть применены при разработке государственными учреждениями Республики Башкортостан региональных социально-экономических программ развития хозяйства, населения и социальной сферы.

Материалы диссертационного исследования использованы при разработке Башкирским государственным университетом по заданию администрации Президента Республики Башкортостан в 2010 году «Программы комплексного развития Зауралья Республики Башкортостан».

Результаты диссертационной работы используются в учебном процессе на географическом и экономическом факультетах Башкирского государственного университета при чтении следующих курсов лекций: «Экономическая и социальная география России», «Экономическая и социальная география Башкирии», «Экономическая география и регионалистика», «Региональная политика».

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты диссертации были представлены на следующих научных конференциях:

- 1) Международной научно-практической конференции «Мир и Россия: регионализм в условиях глобализации» (Москва, РУДН, 2009);
- 2) Международной научно-практической конференции «Мир и Россия: регионализм в условиях глобализации» (Москва, РУДН, 2010);
- 3) Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии управления социально-экономическим развитием регионов России» (Уфа, ИСЭИ УНЦ РАН, 2010);
- 4) Всероссийской научно-практической конференции «Статистика и общество: история, современность, развитие» (Уфа, Башкортостанстат, 2010).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 работ общим объемом 3,6 печатных листа, в том числе одна работа в научном журнале, рекомендованных ВАК Российской Федерации.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения. Основной текст диссертации изложен на 150 страницах. Работа содержит 6 таблиц и 66 рисунков и картосхем. Список использованных источников включает 164 наименования. Приложение включает 6 таблиц.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Система здравоохранения является объектом междисциплинарных исследований, важное место в которых занимают экономико-географические изыскания эффективности территориальной организации здравоохранения на разных пространственных уровнях.

В рамках географических исследований территориальных особенностей и проблем развития здравоохранения особое значение приобрели исследования взаимосвязи с геодемографической ситуацией и формированием фармацевтического рынка в регионах России.

В работах экономико-географов проблемы территориальной организации здравоохранения, в виду превалирующего научного комплексного подхода, принято рассматривать в широком понимании, которое подразумевает исследование не только непосредственно здравоохранения, а совокупность видов экономической деятельности, организаций, институтов и ресурсов, функционирующих для обеспечения здоровья населения. В рамках социальной географии в 1970-1990 годах сформировались такие географические научные направления, как «география сферы обслуживания», «медицинская география», «рекреационная география». В совокупности эти направления имеют непосредственное отношение к исследованиям проблем территориальной организации здравоохранения в широком смысле понимания. К числу подобных работ относятся географические исследования Веденина Ю. А., Зырянова А.И., Котлярова Е. А, Кучера Т. В., Мироненко Н. С. , Твердохлебова И. Т., Муравьевой К. А., Николаенко Д. В., Преображенского В.С., Зорина И. В.

Основной подход при экономико-географическом исследовании территориально-структурных особенностей, тенденций, проблем эффективного развития здравоохранения – это комплексная территориальная оценка и мониторинг. Важно раскрыть и оценить взаимосвязи функционирования и развития здравоохранения со смежными секторами экономики, факторами и условиями, влияющими на эволюцию территориальной организации здравоохранения.

Современные актуальные научно-прикладные направления экономико-географического исследования здравоохранения:

- территориально-структурная оценка трендов старения населения;
- территориально-структурная оценка тенденций заболеваемости населения по основным видам заболеваний;
- территориально-структурная оценка динамики смертности населения по основным причинам (естественная смерть, убийства и др.);
- географические факторы, условия, предпосылки и механизмы функционирования здравоохранения регионов;
- пространственная дифференциация эффективности и конкурентоспособности, динамичности и устойчивости, инерционности и цикличности развития здравоохранения регионов;

- роль и значение здравоохранения в широком смысле понимания в пространственном развитии регионов;
- географические факторы, условия, предпосылки и механизмы формирования и функционирования рынка фармацевтических услуг;
- тренды, проблемы и перспективы территориального развития рынка фармацевтических услуг;
- регулирование взаимодействия территориальных фармацевтических кластеров;
- здравоохранение в широком понимании как составная часть территориальных социально-экономических систем.

Перечисленные направления географических исследований имеют как теоретическое содержание, так и большое прикладное практическое значение в виду возрастания роли здравоохранения в структуре рыночной экономики страны и регионов.

К географическим условиям развития здравоохранения прежде всего относятся численность населения, трудовая занятость и доходы населения, поло-возрастная структура населения, геодемографические характеристики населения (рождаемость, смертность, миграция, заболеваемость), территориальные особенности заселенности территории, уровень развития урбанизационных и субурбанизационных процессов, уровень и масштабы социально-экономического развития, экономико-географическое положение территории, экологические и природно-климатические условия, инфраструктурная освоенность.

2. Оценка территориальной эффективности развития здравоохранения региона становится наиболее объективной в результате использования территориального подхода и совокупности конкретных показателей.

Территориальную эффективность развития здравоохранения необходимо оценивать как на макроэкономическом уровне (территории страны и территории субъекта РФ), так и на микроэкономическом уровне (городские и сельские муниципальные образования). На макроэкономическом уровне необходимо оценивать территориальную эффективность суммированных затрат (государственных, частных, корпоративных) и реализацию программ развития здравоохранения и показатели здоровья населения регионов. На микроэкономическом уровне большую значимость приобретают такие критерии территориального эффекта (медицинского и социального), как доступность, качество медицинской помощи, использование имеющихся ресурсов, степень удовлетворенности населения медицинской помощью.

Территориальная эффективность развития здравоохранения региона означает обеспечение наилучшего использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов региона для достижения конкретных целей. Это величина относительная, отражающая результативность затрат на осуществление оздоровительных мер.

Методика экономико-географической оценки эффективности развития здравоохранения региона на территориальном уровне предусматривает оценку различных показателей по трем основным критериям.

I. Критерий - доступность медицинской помощи

1. Показатели обеспечения доступности медицинской помощи:

1.1. Число единиц, объемов фактически предоставляемой гражданам субъекта РФ медицинской помощи (на 1000 населения):

1.1.1. Число посещений (амбулаторно-поликлиническая помощь);

1.1.2. Число вызовов скорой медицинской помощи.

II. Критерий - достаточность ресурсов для оказания медицинской помощи

2. Показатели уровня обеспеченности ресурсами (финансовыми, материальными, кадровыми) и их использование:

2.1. Показатели обеспеченности финансовыми ресурсами (абсолютное выражение и в расчете на душу населения, в руб.):

2.1.1. Показатели обеспеченности государственными финансовыми ресурсами;

2.1.2. Показатели негосударственных финансовых ресурсов (показатели платности медицинской помощи);

2.2. Показатели обеспеченности материальными ресурсами:

2.2.1. Обеспеченность населения больничными койками на 1000 населения;

2.3. Показатели обеспеченности кадровыми ресурсами:

2.3.1. Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения);

2.3.2. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом на 10 тыс. населения;

2.3.3. Уровень оплаты труда медицинских работников в сопоставлении с уровнем оплаты труда в народном хозяйстве.

III. Критерий - качество медицинской помощи

3.1. Медицинский эффект (динамика показателей):

3.1.1. Летальность в больничных учреждениях;

3.2. Социальный эффект (динамика показателей):

3.2.1. Средняя продолжительность предстоящей жизни;

3.2.2. Уровень естественного прироста населения (депопуляции);

3.2.3. Младенческая смертность;

3.2.4. Материнская смертность;

3.2.5. Инвалидность.

3.3. Экономическая эффективность предоставляемой медицинской помощи:

3.3.1. Фактические расходы консолидированного бюджета субъекта РФ и средств обязательного медицинского страхования на единицу объема медицинской помощи по видам:

3.3.1.1. Стационарная (стоимость 1 койко-дня);

3.3.1.2. Амбулаторно-поликлиническая (стоимость 1 посещения);

3.3.1.3. Скорая медицинская помощь (стоимость 1 вызова);

Критерии территориальной эффективности развития здравоохранения могут помочь в установлении приоритетности тех или иных мер, условий, подходов в условиях ограниченных ресурсов региона, в определении территориально-структурных изменений в их финансировании.

3. Территориальные эволюция состояния здоровья населения Российской Федерации и Республики Башкортостан в условиях рыночной экономики характеризуется общими чертами и индивидуальными особенностями, влияющими на функционирование здравоохранения.

В географическом пространстве России уровень общего коэффициента смертности снижается от центральных и северо-западных регионов, в населении которых велика доля пожилых людей, к южным и восточным регионам, где она относительно невелика. Основными причинами смерти в 2009 году оставались, как и прежде, болезни системы кровообращения (56,1% от общего числа умерших против 57,1% в 2008 году). Второе место среди причин смерти уже четвертый год вновь удерживают новообразования (14,5% против 13,9%), а внешние причины - третье место (10,6% против 11,8%), что можно расценивать как благоприятную тенденцию последних лет, поскольку такая структура причин смерти ближе к той, что наблюдается в развитых странах мира с более низкими уровнями смертности.

Смертность от отдельных причин смерти заметно отличается по субъектам Российской Федерации и обусловлено территориальными различиями в уровне социально-экономического развития и особенностями возрастно-половой структуры населения. Число детей, умерших в возрасте до 1 года, быстро снижалось в 1960-е годы, а в 1970-е годы стало возрастать. Начиная с 1985 года, оно неуклонно сокращается, снизившись с 50,7 тысячи до 14,3 тысячи человек в 2009 году. Сложившаяся геодемографическая ситуация находит отражение в показателях здоровья населения России. В последние 16 лет общая заболеваемость населения России постоянно растёт: она увеличилась с 158,3 млн. случаев в 1990 г. до 207,8 млн. в 2009 г., т.е. на 31%.

Уровень общей заболеваемости в Республике Башкортостан увеличился практически вдвое с 1022,8 больных в расчете на 1000 человек в 1990 году до 1935,7 в 2009 году. В 2009 году было зарегистрировано 7,8 миллионов больных против 4,04 миллионов в 1990 году. Первичная заболеваемость за 1990-2009 годы также увеличилась с 604,4 до 912,8 в расчете на 1000 человек, и с 2,4 миллионов до 3,7 миллионов больных. В Республике Башкортостан, как и по стране в целом, в общей совокупности зарегистрированных больных, больше всего от болезней органов дыхания. В 2009 году уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания составил 385 на 1000 человек населения (371 в 2000 году и 352 в 1990 году).

Второе место в структуре общей заболеваемости Республики Башкортостан занимают с 2003 года болезни системы кровообращения, роль которых все увеличивается. В 2009 году, страдающие заболеваниями этого класса, составляли 14,0% от общего числа зарегистрированных больных, в

1990 - 9,7%. Растет также доля страдающих болезнями органов пищеварения (в 1990 – 2002 годах – второе место, с 2003 года - третье место), которая в 2009 году достигла 8,8% против 9,6 % в 1990 году.

4. Развитие системы здравоохранения Республики Башкортостан отличается территориально-структурными особенностями, обусловленными процессами реформирования и реализации национального проекта «Здоровье».

В системе здравоохранения РБ численность врачей всех специальностей увеличилась за 1990-2005 годы с 14 тыс. до 17 тыс., и с момента реализации национального проекта «Здоровье» - до 17,5 тыс. в 2007 году. Однако, в связи с начавшейся территориальной концентрацией медицинских учреждений (городских и сельских больниц, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), количество врачей к 2011 сократилось до 15,9 тыс. или на 9,2%. Соответственно количество врачей, приходящихся на 10 тыс. человек населения, в Республике Башкортостан возросло с 35,3 до 43,1 специалиста в 2007 году и сократилось к 2012 году до 38,9, в то время как в РФ этот показатель существенно выше и составляет 50,1, что свидетельствует о более низком уровне обеспеченности врачами в Республике Башкортостан. Среди 83 субъектов РФ по этому показателю РБ занимает 54-ое место.

По обеспеченности врачами на 10 тыс. человек населения из 54 районных муниципальных образований 38, т.е. более 70% имеют показатель в два раза ниже среднереспубликанского. Наименьшее число врачей в расчете на 10 тыс. человек населения приходится в Абзелиловском (14,9), Аургазинском (16,0), Баймакском (15,2), Бураевском (15,6), Гафурийском (16,0), Иглинском (15,1), Калтасинском (16,5), Кушнаренковском (15,0), Куюргазинском (14,7), Мишкинском (15,5), Стерлитамакском (13,6), Хайбуллинском (14,7), Уфимском (15,5) муниципальных районах; наибольшее число врачей – в Белорецком (26,0), Учалинском (23,1), Туймазинском (22,5), Ишимбайском (22,3), Архангельском (22,2), Илишевском (22,0), Салаватском муниципальных районах. Среди городов лидером по этому критерию является г.Уфа (40,4)].

Часть муниципальных образований, имеющих низкие показатели обеспеченности врачами на 10 тыс. человек населения, имеют приграничное положение со столицей или городами (Баймакский, Иглинский, Кушнаренковский, Стерлитамакский, Уфимский муниципальные районы), однако остальные районы отличаются значительной транспортной удаленностью от городов, не говоря уже о проблеме внутримunicipальной транспортной доступности медицинских учреждений. Укомплектованность врачебных должностей в учреждениях здравоохранения Республике Башкортостан за период с 1990 до 2005 года снизилась с 93.3% до 91.8%, а за период реализации национального проекта «Здоровье» к 2011 году - до 89,6%.

Численность среднего медицинского персонала в ЛПУ РБ увеличилась с 43,7 тыс. в 1990 году до 45,5 тыс. человек в 2005 году и с началом реализации национального проекта «Здоровье» уменьшилась до 41,4 тыс. человек к 2011

году, то есть на 9,7%. Обеспеченность средним медицинским персоналом в Башкирии на 10 тыс. человек населения возросла за 1990-2005 годы с 110,3 до 111,9, а к 2011 году снизилась до 98,3, в то время как в РФ этот показатель в 2011 году – 105,6.

Обеспеченность населения муниципальных образований средним медицинским персоналом выше среднереспубликанского значения (98,3) отмечается в Белорецком (112,8), Шаранском (104,1), Зианчуринском (102,2) муниципальных районах и в городах Октябрьский (107,4), Сибай (105,7). Существенно ниже среднереспубликанского значения показатель обеспеченности населения муниципальных образований средним медицинским персоналом Уфимском (39,2), Стерлитамакском (53,6), Иглинском (54,3), Куяргазинском (58,6) муниципальных районах. Это свидетельствует о снижении уровня обеспеченности населения Башкирии средним медицинским персоналом и, особенно, за годы реализации национального проекта «Здоровье». Среди 83 субъектов РФ по этому показателю РБ занимает 50-е место.

Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения Республики Башкортостан к началу реализации национального проекта «Здоровье» (2005г.) составляла 97,2%. К 2011 году укомплектованность должностей среднего медицинского персонала в Башкирии снизилась до 95,4%.

Заработная плата в системе здравоохранения по Республике Башкортостан в 2010 году составила 11,6 тыс. рублей. Уровень оплаты труда в здравоохранении ниже, чем в среднем по республике на 33,5%. Среди 83 субъектов РФ по уровню оплаты труда работников здравоохранения Республика Башкортостан занимает 48-е место. Уровень оплаты труда в здравоохранении Республики Башкортостан существенно ниже, чем в среднем по Российской Федерации (15,7 тыс. рублей). В 2000 году была ниже, чем в РФ на 9,3%, в 2005 году - на 23,4%, в 2007 году - на 24,4%, в 2010 году разрыв увеличился до 26,1% .

Общероссийское число больничных коек на 10 тыс. человек населения сократилось с 1990 года по 2010 год со 137 до 112,5 коек. В Башкирии этот показатель сократился еще более существенно со 136 до 80,7 коек. Это свидетельствует о более ускоренном, чем в РФ, сокращении и рационализации использования больничного коечного фонда.

Обеспеченность населения районов Башкирии больничными койками в расчете на 10 тыс. человек в 1990 году варьировала от 78 (Стерлитамакский район) до 139 (Нуримановский район), по городам – от 93 (г.Учалы) до 170 (г.Уфа). К 2009 году эти показатели по районам уменьшились и составили – от 47 (Уфимский район) до 86 (Мечетлинский район), по городам уменьшились до соотношения 55 (г.Баймак) и 155 (г.Уфа) (рис.1-2).

Число больничных учреждений в Башкирии с 1990 по 2005 годы сократилось с 361 до 261 единицы, то есть - на 27,7%. За период реализации

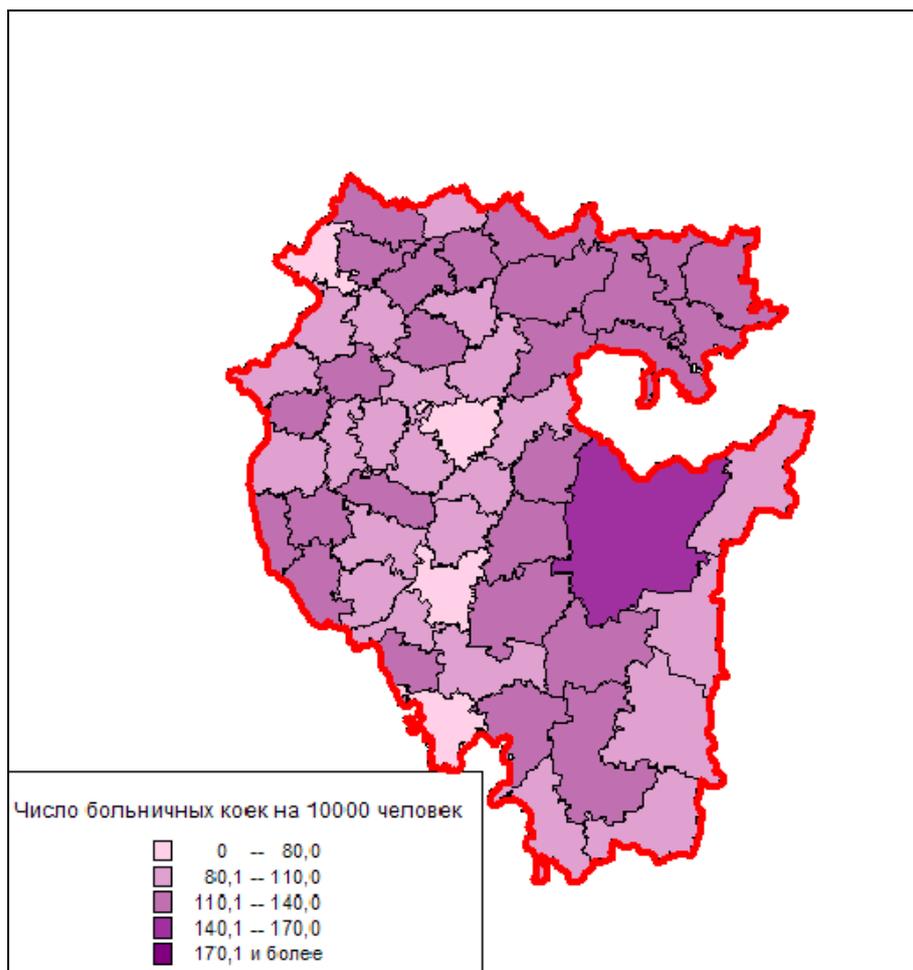


Рис.1. Число больничных коек по муниципальным районам РБ в 1990 году.
Составлен автором по: Здоровоохранение в РБ. –Уфа: Башкортостанстат, 2009.

национального проекта «Здоровье» количество больничных учреждений уменьшилось еще на 44 единицы и составило на 2011 год всего 207, в том числе государственных 50, муниципальных -157. Таким образом, за счет территориальной концентрации мощностей больничных учреждений в целях обеспечения экономической эффективности их функционирования за 2006-2011 годы сокращение составило еще почти 21%. Если же взять период с 1990 по 2011 год, то процесс территориальной концентрации больничных учреждений в Башкирии привел к сокращению их количества на 42,7%. В результате этого обостряется проблема транспортной доступности населения до больничных учреждений республики.

Материально-техническая база здравоохранения Башкирии характеризуется высокой степенью не только физического, но и морального износа, она требует значительного финансирования и внедрения инноваций. До 7% зданий медицинских учреждений Башкирии находятся в аварийном состоянии, почти 16% нуждаются в капитальном ремонте. Около половины из них приходится на города Уфа и Стерлитамак. Особенно критическая ситуация в г.Стерлитамак, где 86% зданий медицинских учреждений нуждаются в

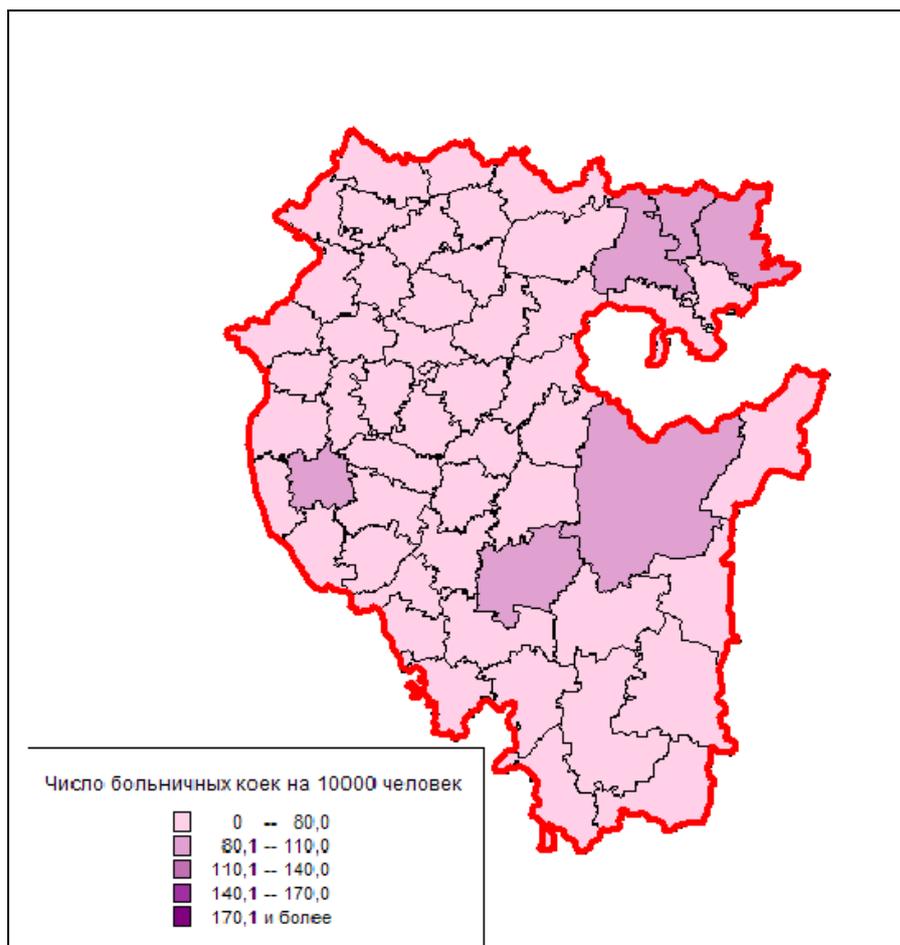


Рис.2. Число больничных коек по муниципальным районам РБ в 2009 году. Составлен автором по: Здравоохранение в РБ. –Уфа: Башкортостанстат, 2009.

капитальном ремонте и находятся в аварийном состоянии, в Ишимбайском районе – до 62%, в Караидельском, Уфимском районах, городах Нефтекамск, Октябрьский – до 50%, в г.Уфа – до 40%. Размещение сети учреждений здравоохранения не обеспечивает относительно равноценный уровень медицинского обслуживания населения Башкирии независимо от места проживания и эта ситуация за 1990-2011 году только ухудшилась.

5. Активным механизмом повышения территориальной эффективности развития здравоохранения является рынок фармацевтических услуг. Объем производства отечественной фармацевтической отрасли в 2010 году составил 552 млрд. руб. или около 1% от ВВП страны. Для сравнения, доля фармацевтической промышленности в ВВП США составляла более 5,5% в 2002 году. Объем российского фармацевтического рынка составляет 1,6% мирового рынка. Для сравнения фармацевтический рынок США в 2009 году составил 37,2% мирового рынка. В 2009 году пять крупнейших аптечных сетей России контролировали до 8% рынка (по сравнению с 50% на развитых рынках), а в промышленном сегменте на долю пяти крупных российских производителей (их до 900 фирм) приходилось 26% рынка.

В 2010 г. на российском рынке работали 380 иностранных поставщиков из 52 стран. На импортные поставки из стран Западной Европы пришлось более 58% всей ввезенной в Россию фармацевтической продукции. Среди стран Западной Европы лидирующие позиции занимает Германия – в общем объеме импорта на ее долю приходится 16,7%. По количеству компаний-поставщиков Германия также является лидером; на втором месте по объему поставок на российский рынок находятся французские поставщики (13,5%), американские компании также наращивают объемы поставок на российский рынок (9%).

Низкая конкурентоспособность отечественных фармацевтических предприятий по сравнению с зарубежными определяется, прежде всего, малыми объемами производства и реализации. Так, у крупнейшей российской фармацевтической компании «Фармстандарт» объемы продаж составляют менее 0,6 млрд. долл., в то время как у крупнейшей глобальной швейцарской корпорации Novartis – 53 млрд. долл. На долю «Фармстандарта» приходится более 12% всего производства лекарств в России. В собственности компании два российских фармацевтических завода: «Фитофарм-НН» в Нижнем Новгороде и «Уфавита» в Уфе.

Одним из главных субъектов региональных рынков страны и главных активаторов спроса на фармацевтическом рынке является население. Потенциал влияния населения на конкурентную обстановку на российском фармацевтическом рынке определяется:

- абсолютной численностью населения;
- высокой, и не сокращающейся долей сельского населения;
- уровнем жизни и доходами населения;
- ростом общей заболеваемости населения;
- структурными изменениями из-за общего старения населения, сокращения рождаемости, ускоренного роста заболеваемости детей.

Объем фармацевтического рынка Республики Башкортостан в 2009 г. он составил около 800 млн. долларов или около 5% общероссийского рынка. Количество аптек в сети, одиночных аптечных учреждений по Республике Башкортостан составляет более 800 аптечных учреждений. География аптечной сети республики с учетом количества аптек и аптечных магазинов, площади торговых залов, представлена на рис.3. На территории Республики Башкортостан работает 21 аптечная сеть, имеющие более 5 аптечных учреждений, такие как «Фармлэнд», «36 и 6», «Башфармация», «Валеро» и 42 сети, имеющие менее 5 аптечных учреждений различной формы собственности. Развитие рынка лекарственных средств и изделий медицинского назначения имеет как положительные, так и отрицательные тенденции. Концентрация реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения отечественного производства при реализации ее ГУП «Башфармация» в 2010 году составила 42,7%. В негосударственных аптечных учреждениях доля лекарственных средств импортного производства составляет более 60%.

Негативными тенденциями фармацевтического рынка республики

являются: постоянный рост цен на лекарственные средства предприятиями производителями, ухудшение финансового состояния аптечных учреждений.

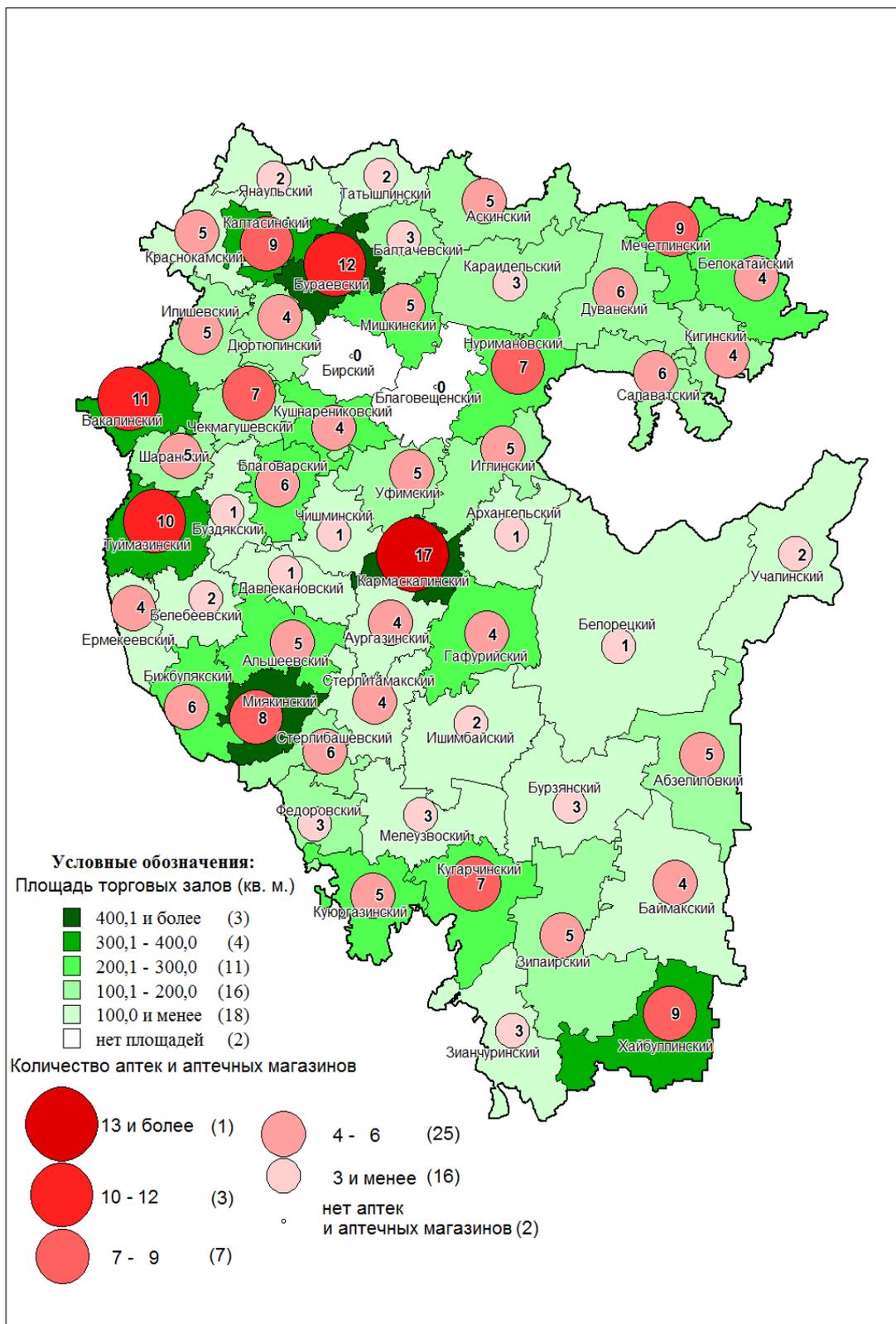


Рис.3. География аптечной сети РБ (2010 г.).

Составлен автором по данным Росстата и Башкортостанстата за 2010 год.

6. Типологизация муниципальных образований по уровню эффективности развития здравоохранения Республики Башкортостан важный инструмент при определении территориальных приоритетов развития с учетом доступности медицинской помощи.

На основе выполненной комплексной территориальной оценки развития здравоохранения РБ с использованием балльного метода выделены три типа муниципальных образований (городов и районов): с высоким, средним и низким уровнем эффективности развития здравоохранения (рис.4).

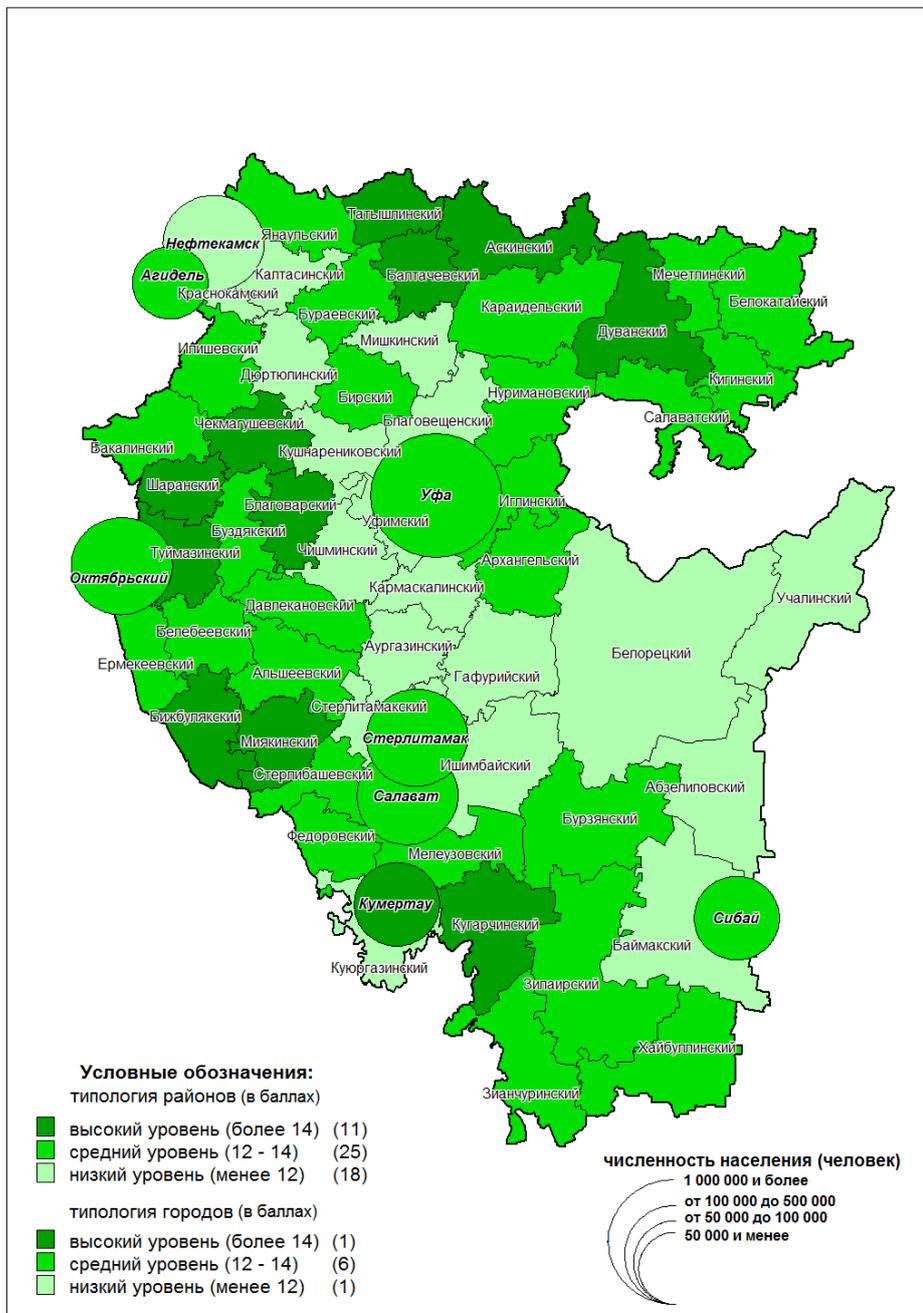


Рис.4. Типология районов и городов РБ по уровню эффективности развития здравоохранения (2011 год).

Составлен автором.

При типологизации муниципальных образований уровень эффективности развития здравоохранения определен по следующим показателям:

1. Уровень обеспеченности врачами;
2. Уровень обеспеченности средним медицинским персоналом;
3. Уровень младенческой смертности;
4. Уровень первичной заболеваемости населения;
5. Состояние материально-технической базы здравоохранения (износ и аварийность зданий и сооружений);
6. Уровень развития рынка фармацевтических услуг.

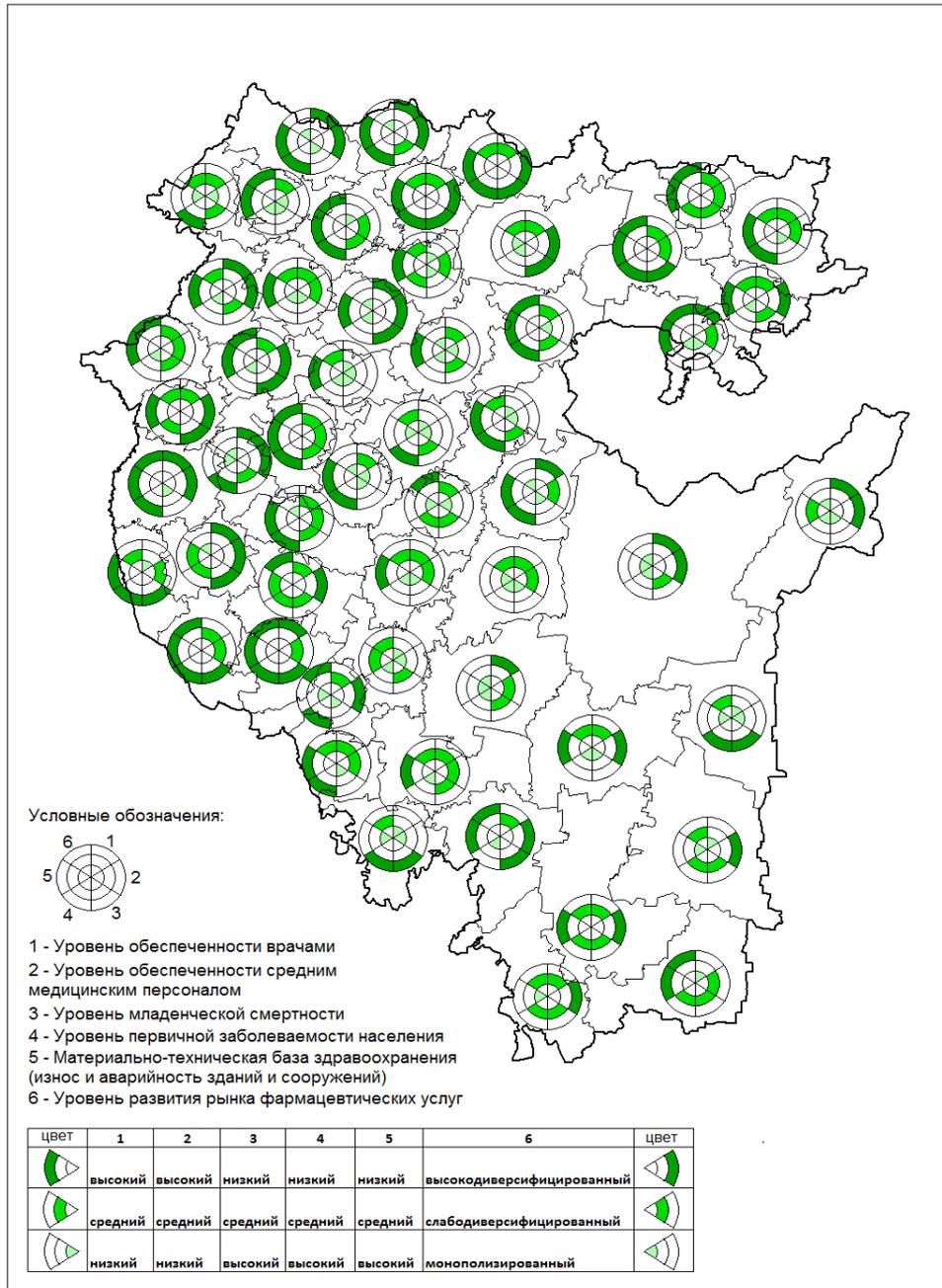


Рис.5. Приоритеты развития здравоохранения муниципальных образований РБ.
 Составлен автором.

Для городов республики характерен средний уровень эффективности развития здравоохранения. Низкий уровень развития здравоохранения характерен для районов центральной и зауральской части Башкирии. Реализация национального проекта «Здоровья» способствовало повышению уровня эффективности развития здравоохранения Аскинского, Балтачевского, Бижбулякского, Благоварского, Дуванского, Кугарчинского, Миякинского, Татышлинского, Шаранского районов, которые территориально удалены от городов республики.

Структурное рассмотрение составляющих уровня территориальной эффективности развития здравоохранения позволяет определить приоритеты развития здравоохранения муниципальных образований (рис.5). Например, в Белебеевском, Белорецком, Бирском, Благовещенском, Буздякском, Давлекановском, Ишимбайском, Татышлинском, Учалинском, Чишминском, Янаульском районах рынок фармацевтических услуг не развит и характеризуется монопольным типом функционирования. Такие районы, как Аургазинский, Баймакский, Буздякский, Гафурийский, Зианчуринский, Ишимбайский, Караидельский, Кармаскалинский, Куюргазинский, Стерлибашевский, Уфимский, города Уфа, Стерлитамак, Октябрьский, Нефтекамск, Сибай отличаются высоким уровнем износа зданий и сооружений здравоохранения.

В целях повышения эффективности развития здравоохранения необходимо обеспечить соблюдение следующих принципов.

Принцип ресурсного обеспечения здравоохранения. Приоритетными на данном этапе становятся задачи упрощения механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли и максимального использования экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения территориальной эффективности деятельности всех субъектов системы.

Принцип совершенствования территориального управления здравоохранением. Развитие здравоохранения требует значительных управленческих ресурсов на всех территориальных уровнях (макро-государственный уровень, мезо- субъектный, микро- в разрезе городских и сельских муниципальных образований), обеспечивающих общее управление ресурсами и принятие решений, направленных на повышение эффективности деятельности здравоохранения и улучшение территориальной медико-демографической ситуации.

Принцип определения территориальных приоритетов развития здравоохранения. Осуществление указанных преобразований должно строиться на основе стратегического планирования с учетом региональных различий медико-демографических показателей, которые в Республике Башкортостан значительно варьируют в зависимости от уровней социально-экономического развития и состояния здоровья населения отдельных муниципальных образований. Поскольку цель системы здравоохранения

любого уровня – улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности, на уровне каждого региона, муниципального образования, медицинского учреждения необходимо владеть достоверной информацией по критериям территориальной эффективности, чтобы на их основе принимать адекватные территориальные управленческие решения.

Принцип территориальной социальной справедливости. Существуют территориально-структурные различия распространенности заболеваний в разных группах населения в зависимости от характера их занятости, места проживания (городская или сельская местность), удаленности от социально-экономических центров. Поэтому экономическому территориальному неравенству людей, обуславливающему их неравенство в возможности поддержания своего здоровья, следует противопоставить принцип территориальной социальной справедливости, устраняющий или, по крайней мере, сокращающий это неравенство.

Принцип участия населения. Мировой опыт свидетельствует о значимости при реализации программ развития здравоохранения привлечения пациентов в качестве активных партнеров, заинтересованных в собственном здоровье. Необходимо разрабатывать и внедрять механизмы экономической мотивации здорового образа жизни населения и профилактики заболеваний.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В издательстве, рекомендованном ВАК Российской Федерации:

1. Сафиуллин М.Р. Оценка эффективности здравоохранения: глобальный, национальный, региональный уровень. // Региональные исследования. №2, 2011, с.114-121.

В других изданиях:

2. Сафиуллин М.Р., Шарыгин М.Д. Эволюция состояния здоровья населения Российской Федерации и Республики Башкортостан: территориально-структурная оценка. // Устойчивое развитие социэкономике регионов.-Пермь: ПГНИУ, 2012.
3. Сафиуллин М.Р. Финансирование здравоохранения за рубежом и в России: тенденции, эффективность. // Мир и Россия: регионализм в условиях глобализации Ч.1. – М.: РУДН, 2010, с.356-362.
4. Сафиуллин М.Р. Конкурентоспособность экономических районов Российской Федерации. // Мир и Россия: регионализм в условиях глобализации. – М.: РУДН, 2009, с.308-316.
5. Сафиуллин М.Р. Территориально-структурные изменения в системе здравоохранения стран Европейского Союза и Республики Башкортостан: критерии, уровни, оценки. // Арчиловские чтения: науки о Земле и стратегия устойчивого развития. Вып.1. – Чебоксары: 2010, с.151-156.

6. Сафиуллин М.Р. Развитие здравоохранения в странах Европейского региона: тенденции, затраты, проблемы. // Инновационные технологии управления социально-экономическим развитием регионов России. Ч.2. – Уфа: УНЦ РАН, 2010, с.261-265.
7. Сафиуллин М.Р. Эволюция конкурентоспособности экономических районов России. // Инновационные технологии пространственного развития. – Уфа: УНЦ РАН, 2007, с.20-26.
8. Сафиуллин М.Р., Глухих И.А. Потенциал социально-экономического Развития Зауралья РБ. // Региональный потенциал: анализ, оценка, капитализация. –Пермь: ПГУ, 2010, с.108-112.
9. Сафиуллин М.Р. Состояние, эволюция и эффективность системы здравоохранения Республики Башкортостан: статистический анализ. // Статистика и общество: история, современность, развитие. Т.2. – Уфа: Башкортостанстат, 2010, с.107-111.
10. Сафиуллин М.Р. Проблемы эффективного функционирования здравоохранения региона (на примере Республики Башкортостан). // Методология и методика региональных исследований: из прошлого в будущее. – Смоленск: 2011, с.265-271.

Содержание

Введение

Глава 1. Теоретико-методологическое содержание экономико-географического исследования здравоохранения региона

1.1. Экономико-географические проблемы и методика исследования здравоохранения региона

1.2. Критерии экономико-географического исследования территориальной эффективности системы здравоохранения региона

1.3. Территориально-структурная эволюция здравоохранения стран мира и России: тенденции, проблемы, финансирование

Глава 2. Территориальная эволюция состояния здоровья населения РФ и РБ в условиях рыночной экономики

2.1. Геодемографическая ситуация в Российской Федерации

2.2. Территориально-структурные особенности заболеваемости населения Российской Федерации и Республики Башкортостан

2.3. Эволюция эффективности системы здравоохранения РБ: территориально-структурные особенности

Глава 3. Направления и условия повышения территориальной эффективности здравоохранения РБ

3.1. Региональная оценка рынка фармацевтических услуг Российской Федерации

3.2. Современное состояние и территориальное развитие фармацевтического рынка Республики Башкортостан

3.3. Типология муниципальных образований и принципы эффективного развития здравоохранения Республики Башкортостан

Заключение

Литература

Приложение

Сафиуллин Марат Радикович

**ТЕРРИТОРИАЛЬНО-СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата географических наук

Подписано в печать 22.10.2012г.
Формат 60x84 1/16. Бумага Гознак
Отпечатано на ксероксе
Усл. п.л 1.3 Заказ 2456 Тираж 120 экз.
Отпечатано в секторе оперативной полиграфии Башкортостанстат
450077, г. Уфа, ул. Цюрупы, 17.