

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

УДК 614.2(470.12)

ББК 65.495(2Рос-4Вол)

© Шабунова А.А., Асташов В.Н.,

© Кондакова Н.А., Шкаревская С.М.

Модернизация здравоохранения в оценках населения и медицинских работников

Снижение количества и качества человеческих ресурсов представляет серьезную угрозу для общества в современных условиях. Для повышения качества и доступности медицинских услуг и улучшения здоровья населения реализуется Программа модернизации здравоохранения. В статье рассматриваются основные проблемы системы здравоохранения и оценки реализации Программы модернизации населением Вологодской области и медицинскими работниками.

Здоровье населения; модернизация здравоохранения; удовлетворенность медицинской помощью; оценка проводимых реформ.



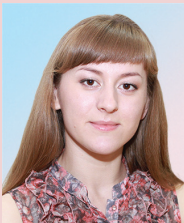
**Александра Анатольевна
ШАБУНОВА**

доктор экономических наук, зам. директора ИСЭРТ РАН
aas@vscc.ac.ru



**Владимир Николаевич
АСТАШОВ**

кандидат философских наук, доцент, декан гуманитарного факультета
Вологодского государственного технического университета
astashov-vn@rambler.ru



**Наталья Александровна
КОНДАКОВА**

младший научный сотрудник ИСЭРТ РАН
natali-kopeikina@mail.ru



**Светлана Михайловна
ШКАРЕВСКАЯ**

магистрант ВоГТУ
siniayaZvezda@yandex.ru

Актуальность исследования хода реализации целевых программ здравоохранения на региональном и федеральном уровнях обусловлена, с одной стороны, устойчивыми негативными тенденциями демографического развития российских территорий, а с другой – необходимостью повышения эффективности расходования выделяемых средств в здравоохранении.

Понимание необходимости преобразований, направленных на сохранение численности населения и его качественных характеристик, в первую очередь здоровья, дает анализ тенденций изменения общественного здоровья и демографических трендов.

В Вологодской области за два последних десятилетия **численность населения** уменьшилась на 11% (составив в 2011 г. почти 1,2 млн. чел.), что превосходит темпы снижения по России в целом (3,3%). Имея сходные тенденции в показателях **рождаемости** (которые не обеспечивают даже замещения новыми поколениями родительских когорт)¹, **естественная убыль**

населения Вологодской области превышает средний уровень по стране в 3 раза вследствие более высоких показателей **смертности** (табл. 1).

В структуре причин смертности 59% занимают болезни системы кровообращения, 14% – новообразования, 11% – несчастные случаи, травмы и отравления [1]. Анализ половозрастных коэффициентов позволил выделить следующие закономерности. Для российских территорий характерны высокие показатели смертности детей до года. И хотя в последнее время наблюдаются позитивные изменения в динамике **младенческой смертности** (снижение с 17,4 случая на 1000 родившихся живыми в 1995 г. до 7 случаев в 2011 г.)², ситуацию нельзя считать удовлетворительной, поскольку ее уровень остается в 1,5 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы³ (рис. 1).

Следующей проблемой современной демографической ситуации в России является высокая **смертность населения в трудоспособном возрасте**.

Таблица 1. Естественное движение населения в Вологодской области и Российской Федерации

Год	Численность населения, тыс. чел.		Общий коэффициент рождаемости, ‰		Общий коэффициент смертности, ‰		Естественная убыль (прирост), ‰	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
1995	148 514,7	1 349,7	9,3	8,7	15,0	16,4	-5,7	-7,7
2000	148 459,9	1 299,6	8,7	8,8	15,3	16,0	-6,6	-7,2
2005	143 474,2	1 245,5	10,2	10,5	16,1	18,8	-5,9	-8,3
2010	141 914,5	1 213,7	12,5	12,5	14,2	16,8	-1,7	-4,3
2011	142 865,4	1 201,2	12,6	13,0	13,5	15,7	-0,9	-2,7

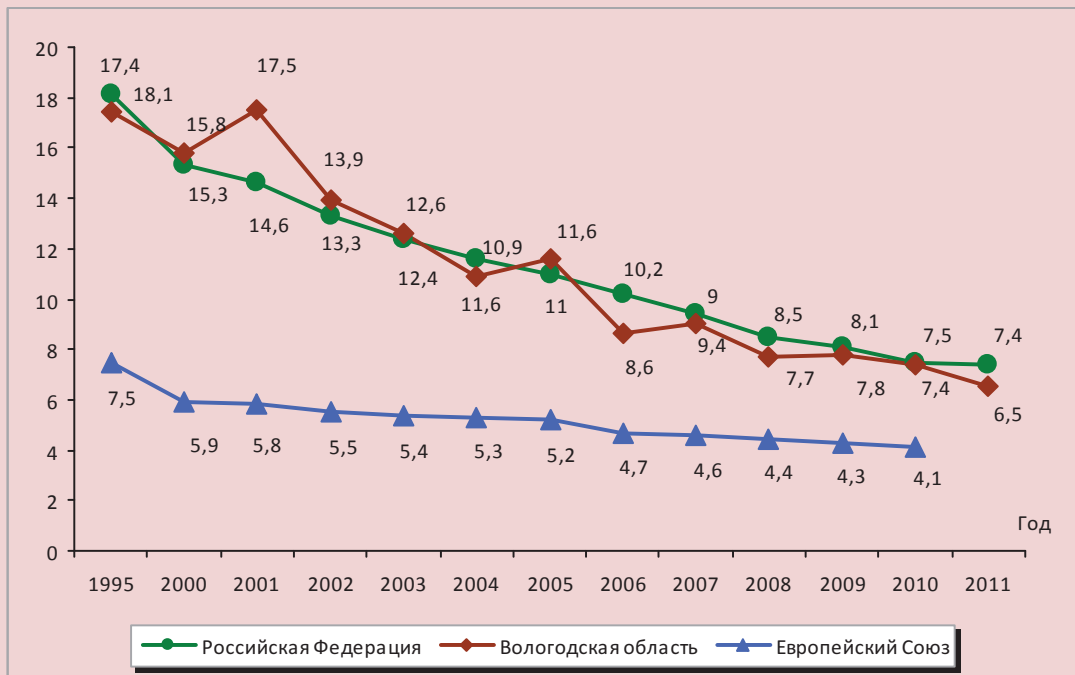
Источники: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBlnet.cgi?pl=2415019>; Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2012. – 83 с.; Россия в цифрах 2012: стат. сб. / Росстат. – М., 2012. – 572 с.

¹ Для простого замещения поколений требуется примерно 2,1 – 2,15 рождения на каждую женщину репродуктивного возраста. Фактически в 2009 г. суммарный коэффициент рождаемости в Вологодской области и России составлял 1,5 (источник: Доброхлеб В.Г. Динамика и структура населения России в будущем // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – № 4. – С. 62-70).

² Данный показатель соответствует предельно допустимому значению, установленному Европейским Бюро Всемирной организации здравоохранения, а именно 10 детей на 1000 родившихся живыми.

³ В 2010 г. минимальные значения показателя младенческой смертности были отмечены на Кипре – 2,24 (на 1000 детей, родившихся живыми), в Финляндии – 2,26, Швеции – 2,54, Чехии – 2,67, Люксембурге – 2,72; максимальные – в Литве (4,29), Польше (4,98), Латвии (5,72).

Рисунок 1. Младенческая смертность (в возрасте до одного года, на 1000 родившихся живыми)



Источники: Демографический ежегодник России. 2001, 2009, 2010.: стат. сб. / Росстат. – М., 2002, 2010, 2011.; Здоровье для всех: Европейская база данных ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>

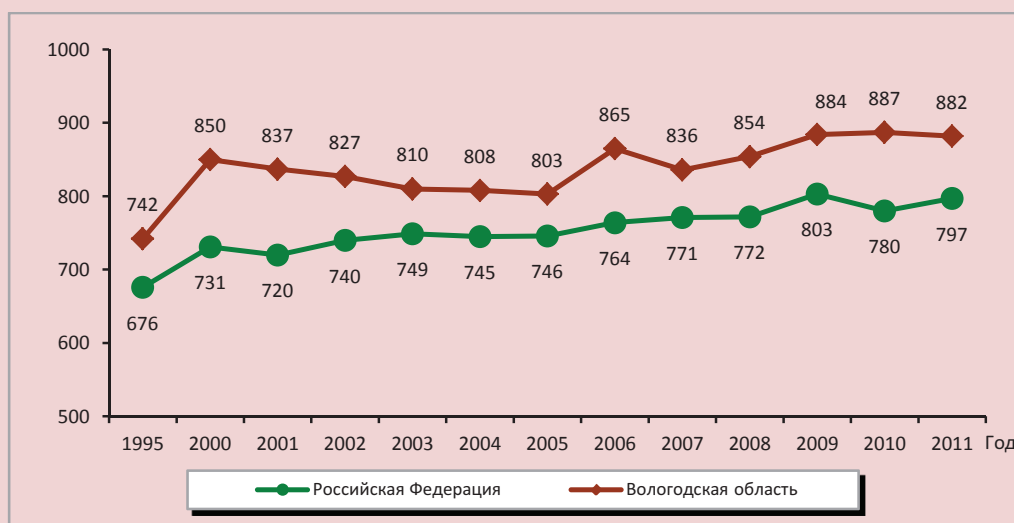
По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2009 г. в России данный показатель составил 269 человек на 1000 населения, тогда как в Швейцарии и Италии – 58 и 59 соответственно, в Швеции и Норвегии – 61 и 67, в Германии, Австрии и Греции – 76, во Франции – 85 человек [9].

Одновременно с этим ухудшается здоровье, в том числе за счет роста сочетанной заболеваемости и распространения хронических болезней. Так, за период с 1995 по 2011 г. уровень **первичной заболеваемости** в Вологодской области вырос на 19% и составил 882 случая на 1000 человек. При этом наблюдается превышение первичной заболеваемости относительно общероссийского уровня (797 случаев; *рис. 2*). Постоянный рост заболеваемости населения, с одной стороны, можно объяснить более эффективной выявляемостью заболеваний, с другой – ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний.

Сложившаяся ситуация создает реальную угрозу формированию качественных трудовых ресурсов в ближайшей и отдаленной перспективе и предъявляет высокие требования к системе здравоохранения как институту поддержания здоровья. Вместе с тем нельзя обойти вниманием и финансовую ограниченность социальной сферы в Российской Федерации, в том числе и системы здравоохранения.

По уровню **финансирования здравоохранения** Россия заметно уступает западноевропейским странам. Даже в период кризиса 2008 г. общие расходы на здравоохранение в РФ составляли 5,4% ВВП, тогда как в европейских странах – 8-11% (*рис. 3*). Государственные расходы на отрасль тоже существенно меньше: например, в 2010 г. их доля в ВВП страны составила 3,7%. Проблема недофинансирования отрасли характерна для большинства регионов России.

Рисунок 2. Динамика первичной заболеваемости населения Вологодской области и Российской Федерации (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые; на 1000 человек)



Источники: Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 365 с.; Заболеваемость населения России в 2011 году. Часть I: стат. сб. / Росздрав. – М., 2012. – 138 с.

Рисунок 3. Общие расходы на здравоохранение в странах мира в 2000 и 2008 гг., в % от ВВП



Источник: World health statistics. – Geneva: WHO, 2011. – 171 p.

По рекомендациям ВОЗ, норма общественных расходов на здравоохранение должна составлять не менее 5% от ВВП страны. Несмотря на то, что общие затраты на финансирование российского здравоохранения формально удовлетворяют установленному нормативу, мнения экспертов по их оценке разнятся. Одни считают, что выделяемых средств недостаточно, т.к. значительную часть общих расходов составляют расходы населения, а не государства; другие подчеркивают, что полученные государственные средства необходимо просто более эффективно использовать [2].

Ограниченное финансирование стало причиной формирования ряда острых проблем, которые оказывают непосредственное влияние на эффективность функционирования отрасли, а также доступность и качество предоставляемых населению услуг.

1. Дефицит квалифицированных врачебных кадров. В Вологодской области за период с 2000 по 2011 г. обеспеченность населения врачами всех специальностей увеличилась на 2%, а обеспеченность средним медицинским персоналом сократилась на 5%. Однако уровень обеспеченности врачами в регионе заметно ниже, чем по России в целом (табл. 2).

По данным Департамента здравоохранения Вологодской области, на начало 2012 г. учреждения здравоохранения были укомплектованы врачами на 87,5%, специалистами со средним медицинским образованием – на 93,2%. Одной из причин дефицита врачей является отсутствие в регионе высших медицинских учебных заведений. Поэтому для решения кадровой проблемы Департамент здравоохранения области проводит работу по организации взаимодействия с медицинскими академиями и университетами городов Ярославля, Санкт-Петербурга, Архангельска, Иванова, Кирова, Твери. Кроме того, разработан проект ведомственной целевой программы «Кадры системы здравоохранения Вологодской области на 2013 – 2015 гг.».

2. Низкий уровень заработной платы в сфере здравоохранения. Несмотря на значительный рост, ее уровень на 30% ниже, чем по экономике в целом (табл. 3).

3. Значительный износ высокотехнологичного медицинского оборудования и дефицит площадей помещений учреждений первичного звена. Эта проблема особенно актуальна для гг. Вологды и Череповца. Так, в Вологде есть примеры совмещения в одном здании взрослой и детской поликлиник (БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №3»,

Таблица 2. Обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом, чел. на 10 тыс. нас.

Территория	Год						Место, занимаемое в РФ в 2011 г.
	2000	2005	2008	2009	2010	2011	
<i>Обеспеченность населения врачами всех специальностей, чел. на 10 тыс. нас.</i>							
Российская Федерация	46,8	48,8	49,6	50,1	50,1	51,2	
Вологодская область	34,1	35,3	36,1	35,5	34,6	34,8	76
<i>Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, чел. на 10 тыс. нас.</i>							
Российская Федерация	107,6	107,7	105,9	106,2	105,6	107,0	
Вологодская область	120,2	119,7	119,2	116,5	115,9	114,4	40
Источники: Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат, 2012. – С. 58.; Россия в цифрах. 2012: стат. сб. / Росстат, 2012. – С. 158.; Социально-экономические показатели Российской Федерации в 1991 – 2011 гг. (приложение к стат. сб. «Российский статистический ежегодник. 2012»). – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1270707126016							

Таблица 3. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников в системе здравоохранения и предоставления социальных услуг

Территория	Год							
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников в системе здравоохранения и предоставления социальных услуг, руб.</i>								
Российская Федерация	1333,3	5905,6	8060	10037	13049	14820	15724	17545
Вологодская область	1842	6408	7612	9519	12627	12181	12934	14411
<i>Соотношение номинальной начисленной заработной платы в системе здравоохранения и по экономике в целом, %</i>								
Российская Федерация	60,0	69,0	75,8	73,8	75,5	79,5	75,0	75,1
Вологодская область	71,9	72,6	71,4	73,7	78,4	73,5	69,8	71,2
Источники: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru ; Труд и занятость в России. 2011: стат. сб. / Росстат, 2012. – С. 566.; Труд и занятость в Вологодской области: 2007 – 2011 гг.: стат. сб. / Вологдастат, 2012. – С. 120.								

БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4»), создающего трудности для обслуживания постоянно растущего приписного населения.

Для решения имеющихся в здравоохранении проблем и улучшения демографической ситуации была разработана Программа модернизации здравоохранения в Вологодской области в 2011 – 2012 гг. (далее – Программа модернизации). Основанием для ее разработки стал Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (глава 11, ст. 50).

Целью Программы являлось улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению Вологодской области. Разработчиками были выделены три основные задачи: 1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения; 2) внедрение современных информационных систем; 3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (табл. 4).

Общий объем финансирования Программы модернизации за 2011 – 2012 гг. составил около 5 млрд. руб., в том числе

федеральных средств – 2,6 млрд. руб. (52%). За успешную реализацию данной Программы Вологодская область в 2011 г. дополнительно получила из федерального бюджета 678,7 млн. руб. (табл. 5). Основным источником финансирования Программы модернизации стали средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС): за период действия Программы они составили 84% от объема всех затрат, бюджетные средства – только 12%.

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения большая часть денежных средства была потрачена на укрепление материально-технической базы учреждений (71% от всех расходов), на стандартизацию и доступность амбулаторно-поликлинической помощи – 25%, на информатизацию – 4% (рис. 4).

Об изменениях в деятельности системы здравоохранения позволяют судить оценки населением доступности и качества медицинской помощи. Согласно данным, полученным в ходе социологических исследований, ежегодно за медицинской помощью обращается около 70% населения Вологодской области, в том числе более 20% – раз в три месяца и чаще. В 2012 г. доступностью медицинской помощи полностью и в основном удовлетворены были 42%

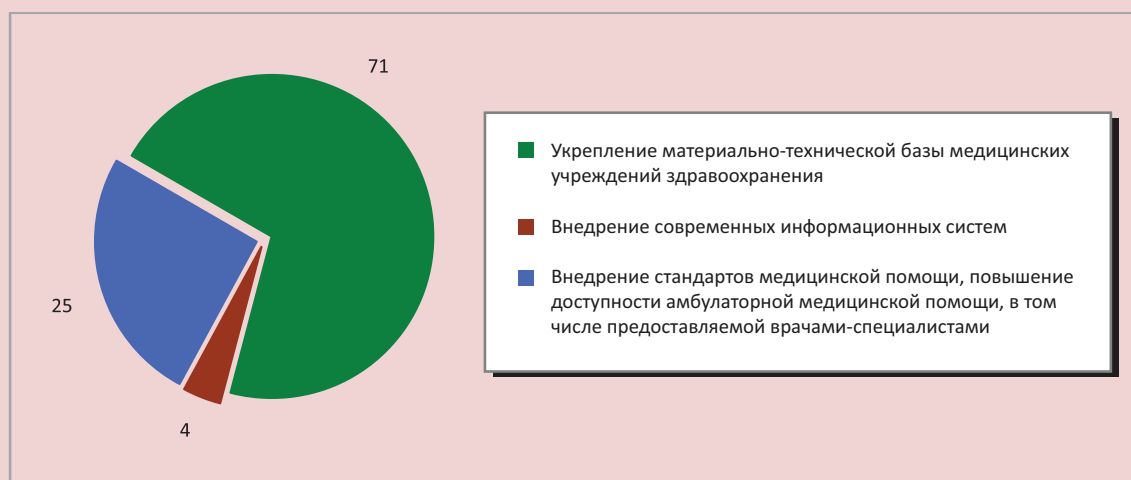
Таблица 4. Задачи и перечень мероприятий, запланированных в рамках Программы модернизации здравоохранения в Вологодской области на 2011 – 2012 гг.

№ п/п	Задачи	Перечень мероприятий в рамках поставленных задач
1.	Укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> – реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие со структурой населения области, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории области, сети и структуры учреждений здравоохранения с учетом количества учреждений здравоохранения области в соответствии с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности; – оснащение дежурно-диспетчерских служб компьютерным оборудованием и машин скорой медицинской помощи комплектами оборудования на базе технологии ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS с целью обеспечения функций диспетчеризации скорой медицинской помощи; – проведение капитального и текущего ремонтов; – завершение строительства ранее начатых объектов.
2.	Внедрение в здравоохранение современных информационных систем	<ul style="list-style-type: none"> – персонализированный учет оказания медицинских услуг, возможность ведения электронной медицинской карты; – запись к врачу в электронном виде; – обмен телемедицинскими данными, внедрение систем электронного документооборота; – ведение единого регистра медицинских работников; – ведение электронного паспорта медицинского учреждения; – ведение паспорта системы здравоохранения Вологодской области.
3.	Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами	<ul style="list-style-type: none"> – поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Минздравсоцразвития России; – поэтапный переход к 2013 г. к включению в тарифы на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества и др.; – проведение диспансеризации 14-летних подростков; – обеспечение укомплектованности медицинских организаций врачами-специалистами и специалистами со средним медицинским образованием, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь; – предоставление амбулаторной медицинской помощи, в том числе врачами-специалистами, в соответствии со стандартами ее оказания, включая обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами, необходимыми для проведения диагностических и лечебных мероприятий; – введение системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, ориентированной на результаты деятельности.
<p>Источник: О Программе модернизации здравоохранения Вологодской области в 2011 – 2012 гг.: постановление Правительства Вологодской области от 4.03.2011 г. № 183.</p>		

Таблица 5. Финансовое обеспечение Программы модернизации здравоохранения Вологодской области в 2011 – 2012 гг., млн. руб.

Раздел Программы	Всего с учетом дополнительных средств	В том числе средства		
		ФФОМС	бюджета	ТФОМС
Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения	3520,7	2953,9	566,8	0
Информатизация	189,6	174,7	14,9	0
Стандартизация и доступность амбулаторно-поликлинической помощи	1264,2	1044,8	6,5	212,9
Итого	4794,5	4173,4	588,2	212,9
<p>Источник: Публичный доклад о результатах деятельности Департамента здравоохранения Вологодской области за 2012 г. – Вологда, 2013. – 30 с.</p>				

Рисунок 4. Расходы по направлениям реализации Программы модернизации здравоохранения Вологодской области в 2011 – 2012 гг. (в % от всех расходов)



Источник: Публичный доклад о результатах деятельности Департамента здравоохранения Вологодской области за 2012 г. – Вологда, 2013. – 30 с.

жителей области, 35% — удовлетворены частично, 23% — высказались на этот счет отрицательно⁴. Это в целом соответствует уровню 2008 г.

Анализ динамических рядов показывает, что проводимые в отрасли преобразования положительно отразились на организации работы здравоохранительных учреждений. Однако практически половина жителей области отмечает такие негативные явления, как очереди в медицинских учреждениях и невозможность попасть на прием к врачу в удобное время (табл. 6). Существенной остается и кадровая проблема, требующая пополнения штатного состава медицинских работни-

⁴ Опрос проводится ИСЭРТ РАН ежегодно, начиная с 1999 г., в апреле — мае, на территориях гг. Вологды, Череповца и восьми районов Вологодской области. Объем выборки — 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорций половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации производится в программах SPSS и Excel.

ков квалифицированными специалистами (34% в 2012 г.). Заметное место, по оценкам населения, занимает проблема медицинской этики, т.е. неуважительное отношение к пациентам (18% населения).

Кроме того, население недовольно удаленностью медицинских учреждений от места проживания (10-13% в крупных городах и 22% в сельской местности); недостаточной квалификацией специалистов (42%) и плохим качеством медицинского оборудования (36%).

Оценивая изменения, произошедшие в системе здравоохранения за последние 5 лет (табл. 7), жители городов указывают на заметное улучшение технического оснащения медицинских учреждений (37%). В целом горожане в большей степени заметили и некоторое улучшение качества и доступности медицинского обслуживания, а у сельчан по подавляющему большинству позиций доля оценок «снизилась» преобладает над долей оценок «повысилась». Следует подчеркнуть, что значительная часть опрошенных (до 54%)

Таблица 6. Негативные явления в деятельности медицинских учреждений Вологодской области (% от числа граждан, обратившихся в ЛПУ и выбравших вариант ответа «удовлетворяет частично», «в основном не удовлетворяет», «полностью не удовлетворяет»)

Негативное явление	2002 – 2006 гг.	2008 г.	2010 г.	2012 г.
Невозможность попасть на прием в удобное время, большие очереди	58,1	56,7	59,4	49,7
Отсутствие нужных специалистов	-	24,9	34,8	34,3
Невнимательное отношение медработников	-	18,0	24,2	23,5
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	11,5	12,5	18,3
Недостаток информации о работе специалистов	21,0	14,7	23,5	18,2
Необходимость оплачивать мед. услуги, которые должны предоставляться бесплатно	16,9	9,9	14,5	17,2

Таблица 7. Распределение ответов на вопрос: «Как изменились доступность и качество медицинских услуг за последние 5 лет?» (в % от числа ответивших)

Вариант ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
Техническое оснащение				
Повысилось	36,9	37,4	11,0	22,9
Не изменилось	32,5	32,9	42,8	38,3
Снизилось	8,4	9,3	18,8	14,3
Затрудняюсь ответить	22,2	20,4	27,3	24,5
Доступность медицинской помощи				
Повысилось	19,7	21,1	7,0	13,2
Не изменилось	55,2	56,0	52,1	53,7
Снизилось	12,3	16,1	21,8	18,6
Затрудняюсь ответить	12,8	6,8	19,1	14,4
Качество обслуживания				
Повысилось	20,2	16,6	5,4	11,0
Не изменилось	44,8	47,7	46,1	46,4
Снизилось	16,7	22,9	26,5	23,9
Затрудняюсь ответить	18,2	12,8	22,0	18,6
Квалификация медицинских работников				
Повысилось	17,2	15,3	5,8	10,4
Не изменилось	47,3	53,3	48,6	49,8
Снизилось	19,2	16,6	22,5	20,2
Затрудняюсь ответить	16,3	14,8	23,1	19,5
Обеспеченность кадрами				
Повысилось	19,2	14,3	5,1	10,0
Не изменилось	32,5	40,5	41,0	39,5
Снизилось	26,6	26,9	29,6	28,3
Затрудняюсь ответить	21,7	18,3	24,3	22,1

каких-либо изменений в сфере здравоохранения за обсуждаемый период не отмечает.

Таким образом, в ответах населения на вопрос о качестве и доступности медицинских услуг нет однозначной оценки результатов Программы модернизации здравоохранения, что обусловлено непродолжительностью периода ее реализации.

Одним из важных направлений социальной политики, осуществляемой в сфере здравоохранения, должно быть обеспечение диалога разработчиков программ с медицинским профессиональным сообществом по поводу целей, задач и хода реализации мероприятий, предусмотренных программами.

Рисунок 5. Распределение ответов на вопрос о влиянии Программы модернизации здравоохранения Вологодской области на развитие ЛПУ (в % от числа опрошенных)



Эффективность реализации существующей политики зависит от того, насколько сами участники этого процесса видят происходящие преобразования. Поэтому, на наш взгляд, представляется актуальным анализ информированности работников лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) о целях, задачах и ходе реализации Программы модернизации здравоохранения Вологодской области в 2011 – 2012 гг.

С этой целью в ходе исследования было проведено анкетирование работников лечебно-профилактических учреждений области⁵. Большинство опрошенных (82%) являются врачами, 13% – заведующими отделениями, 4% – работниками администрации ЛПУ, менее 1% составили медсестры и работники вспомогательных служб (бухгалтерия, отдел кадров и др.). Распределение работников ЛПУ по пятилетним группам стажа работы (не более пяти лет,

от 10 до 15 лет, от 15 до 20 и т.д.) равномерное (от 12 до 17%), стаж свыше 35 лет имеет 5% опрошенных.

Большинству (72%) респондентов хорошо известно о реализации Программы модернизации здравоохранения на территории области, 26% – только «слышали», 2% – оказались не знакомы с данным направлением. Положительную оценку влияния Программы модернизации на развитие ЛПУ, в котором трудятся респонденты, дали 52% сотрудников; 40% ответили, что она «не оказывает существенного влияния»; 4% – дали отрицательную оценку (рис. 5).

Интересна зависимость уровня осведомленности работников медицинских учреждений о действии Программы и оценки ими ее влияния на развитие ЛПУ, в котором они работают. Так, 64% работников, хорошо осведомленных о реализации Программы модернизации, увидели улучшение положения дел в ЛПУ, а 28% – не почувствовали заметных улучшений (табл. 8). В то же время 64% опрошенных среди тех, кто не слышал о проводимых изменениях, считают, что Программа «не оказывает существенного влияния на положение дел в ЛПУ, в котором я работаю», и 14% отметили, что она «ухудшает суще-

⁵ Опрос проводился в июле 2012 г. на территории гг. Вологды, Череповца и районных центров области. Объем выборки составил 656 респондентов, которые являются работниками лечебно-профилактических учреждений Вологодской области. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

Таблица 8. Зависимость осведомленности работников о ходе реализации Программы модернизации здравоохранения и оценки ее влияния на ЛПУ (в % от числа опрошенных)

Ответы на вопрос: «Как Вы считаете, Программа модернизации здравоохранения оказывает влияние на учреждение, в котором Вы работаете?»	Ответы на вопрос «Знаете ли Вы о том, что на территории Вологодской области реализуется Программа модернизации здравоохранения?»		
	Да, знаю хорошо	Слышал(а)	Нет, я не в курсе
Улучшает существующее положение дел в ЛПУ, в котором я работаю	64,3	20,3	7,1
Не оказывает существенного влияния на положение дел в ЛПУ, в котором я работаю	28,3	66,3	64,3
Ухудшает существующее положение дел в ЛПУ, в котором я работаю	3,2	4,7	14,3
Затрудняюсь ответить	1,9	3,5	7,1
Учреждение (отделение), в котором я работаю, не участвует в Программе модернизации здравоохранения Вологодской области	1,5	5,2	7,1
Обеспечивает дополнительный объем работы с бумагами и отчетами, не связанный с лечением пациентов	0,9	0,0	0,0
Источник: данные опроса работников ЛПУ по Программе модернизации здравоохранения, 2012 г.			

ствующее положение дел в ЛПУ, в котором я работаю». Это подтверждает гипотезу о том, что эффективность реализации преобразований зависит от того, насколько сами участники процесса осведомлены о них и включены в процесс реализации нововведений.

Одним из направлений Программы модернизации являлось **внедрение стандартов оказания медицинской помощи**, в рамках которого предусматривалось повышение заработной платы работников системы здравоохранения. Согласно результатам исследования только 12% опрошенных отметили значительное повышение заработной платы, почти половина (47%) – незначительное ее повышение, для трети (31%) она осталась на том же уровне (табл. 9).

Повышение заработной платы в большей степени ощутили работники городских ЛПУ, чем сельских.

Повышение заработной платы в рамках Программы модернизации здравоохранения произошло, по мнению работников медицинских учреждений, не только за счет увеличения финансирования (так отметило 40% опрошенных), но и за счет увеличения нагрузки на сотрудников ЛПУ (27%).

Следующим направлением Программы модернизации было **обновление материально-технической базы здравоохранения**. За период реализации Программы на территории Вологодской области отремонтировано 210 объектов (отделений, кабинетов учреждений здравоохранения) в 66 учреждениях здравоохранения, закуплено 662 единицы медицинского оборудования, в том числе 66 автомашин санитарного транспорта. Все машины скорой медицинской помощи и дежурно-диспетчерские службы оснащены компьютерным оборудованием системы ГЛОНАСС, которая позволяет отследить маршрут передвижения автомобиля с целью выбора оптимально короткого маршрута до места вызова [5].

Несмотря на большой объем проделанной работы, всё же следует отметить, что не все учреждения здравоохранения имели возможность участвовать в реализации мероприятий Программы модернизации. Это учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические диспансеры), медицинские училища, дома ребенка и др.

Таблица 9. Территориальное распределение оценки влияния Программы модернизации на изменение заработной платы (в % от числа опрошенных)

Оценка респондентами характера влияния Программы модернизации на изменение заработной платы	Населенный пункт		
	Город	Районный центр	Сельская местность
Имеет место значительное повышение заработной платы	11,4	16,9	0,0
Зарплата повысилась, но незначительно	45,9	50,3	50,0
Зарплата осталась на том же уровне	31,3	28,2	50,0
Зарплата понизилась	3,4	1,5	0,0
Зависит от должности (врач, медсестра, младший медицинский персонал)	0,4	0,0	0,0
Не работаю по стандартам (учреждение не участвует в реализации данного направления)	6,0	2,1	0,0
Затрудняюсь ответить	1,6	1,0	0,0

Источник: данные опроса работников ЛПУ по Программе модернизации здравоохранения, 2012 г.

Таблица 10. Распределение ответов на вопрос: «Заметили ли Вы, что лечебное учреждение, в котором Вы работаете, оснащается новым оборудованием, проводятся капитальные ремонты?», территориальный срез (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Населенный пункт		
	Город	Районный центр	Сельская местность
Учреждение оснащается новым оборудованием, проводятся капитальные ремонты помещений	34,7	63,1	7,1
Проводятся капитальные ремонты помещений	16,3	20,0	71,4
Учреждение оснащается новым оборудованием	9,6	6,2	7,1
Проводятся капитальные ремонты, но есть претензии к их качеству и срокам	1,1	1,5	0,0
Учреждение оснащается новым оборудованием, но к нему есть претензии	0,7	0,5	0,0
Я не заметил(а) изменений (в рамках Программы данные изменения не происходят)	33,3	9,7	14,3
Учреждение не участвует в реализации данного направления	3,8	0,0	0,0
Проводятся текущие ремонты	1,8	0,5	0,0

Источник: данные опроса работников ЛПУ по Программе модернизации здравоохранения, 2012 г.

В ходе анкетного опроса работникам медицинских учреждений был задан вопрос: «Заметили ли Вы, что лечебное учреждение, в котором Вы работаете, оснащается новым оборудованием, проводятся капитальные ремонты?» Анализ результатов опроса показал, что почти половина (43%) опрошенных отметила проведение капитальных ремонтов и оснащение новым оборудованием учреждений, в которых они работают, 26% – не заметили никаких изменений. Причем в сельской местности в большей степени наблюдается

проведение капитальных ремонтов (71% опрошенных), чем приобретение нового оборудования (7%; табл. 10). В районных центрах более половины (63%) опрошенных отметили реализацию обоих направлений Программы, тогда как для городских ЛПУ характерен более критический подход к поставленному в анкете вопросу: 33% опрошенных не увидели никаких изменений; 35% – отметили приобретение нового оборудования и проведение капитальных ремонтов, 16% – только проведение капитальных ремонтов.

Таблица 11. Распределение предложений работников ЛПУ в отношении Программы модернизации здравоохранения Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Доля работников, отметивших данное мероприятие, %
<i>Предложения относительно действующих мероприятий Программы модернизации (39,3%)</i>	
Продолжение направлений Программы (в данном ЛПУ и других ЛПУ, которые не участвуют в Программе)	16,3
Повышение окладов	11,4
Сокращение количества оформляемой документации	3,4
Снижение нагрузок	2,4
Внедрение большего количества стандартов	2,0
Расширение использования интернет-технологий (онлайн-консультации для пациентов, дистанционное обучение медицинского персонала)	1,5
Ликвидация зависимости зарплаты врача от выполнения плана посещений (замена на зависимость от качества лечения, количества выздоровевших/улучшений состояния здоровья пациентов)	1,5
Ликвидация зависимости заработной платы врача от работы всего отделения	0,5
Усиление контроля (увеличение числа проверок вышестоящими организациями)	0,3
<i>Предложения о новых направлениях для включения в Программу модернизации (16,4%)</i>	
Разработка мероприятий по привлечению и закреплению кадров (обеспечение жильем, санаторно-курортным лечением, повышение престижа медработников в обществе и др.)	7,3
Включение в Программу модернизации других служб и отделов в составе ЛПУ	6,6
Учет потребностей ЛПУ при реализации направлений Программы	0,9
Стимулирование больных на профилактику	0,8
Модернизация стационарной помощи (например, не сокращение коечного фонда, а создание лечебно-охранительного режима для больных)	0,6
Сокращение служб в составе ЛПУ, не имеющих отношения к процессу оказания медпомощи	0,2
Программа неэффективна, бессмысленна	3,5
Не высказавшие предложений	70,0
Примечание. Сумма ответов не составляет 100%, т.к. одно и то же направление могли выделить несколько опрошенных. Источник: данные опроса работников ЛПУ по Программе модернизации здравоохранения, 2012 г.	

Третьим направлением, особо выделенным в Программе модернизации, было **внедрение современных информационных технологий в здравоохранении** (в частности, возможность электронной записи к врачу). Как свидетельствуют результаты анкетного опроса, более половины (64%) опрошенных работников ЛПУ отметили, что данное направление модернизации реализовано не полностью.

Работникам ЛПУ было рекомендовано высказать свои предложения по поводу осуществляемой на территории Вологодской области Программы модернизации здравоохранения. Наиболее популярным (16%) стало предложение о продолжении реализации Программы в тех ЛПУ, которые

уже задействованы в этом, и в тех, которые она не затронула (табл. 11). Только 11% опрошенных указали на необходимость повышения окладов, 3% – сокращения отчетной документации.

Несмотря на то, что всего 30% работников ЛПУ высказали **пожелания в отношении Программы модернизации**, на наш взгляд, руководителям Департамента здравоохранения Вологодской области следует учитывать их мнение при дальнейших разработках мероприятий в рамках программ, осуществляемых на территории региона. Так, важными представляются следующие предложения: «ликвидация зависимости заработной платы врача от работы всего отделения», «учет потребностей ЛПУ при

реализации направлений Программы», «модернизация стационарной помощи (например, не сокращение коечного фонда, а создание лечебно-охранительного режима для больных)».

Таким образом, исследования показали, что за период реализации региональной Программы модернизации здравоохранения оценки населением доступности медицинских услуг в целом не изменились. Жители городов чаще отмечали улучшение работы служб здравоохранения. Например, судя по их оценкам, заметно улучшилось техническое оснащение медицинских учреждений (37%); положительные изменения произошли в организации работы здравоохранительных учреждений (снизился удельный вес населения, недовольного очередями и невозможностью попасть на прием к врачу в удобное время, — с 59 до 50%).

Медицинские работники, как заинтересованная сторона — исполнители проекта, — более осведомлены о сути преобразований, но их оценки неоднозначны. Положительно оценили изменения в деятельности ЛПУ, произошедшие в ходе реализации Программы, 52% сотрудников; 40% — ответили, что она «не оказывает существенного влияния».

Подводя итог, отметим, что обозначившиеся векторы улучшения деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области требуют подкрепления и дальнейшего продолжения мероприятий по модернизации региональной системы здравоохранения. Для увеличения эффективности проводимых программ необходим мониторинг как статистических и финансовых индикаторов, так и оценок населением и медицинскими работниками происходящих преобразований.

Литература

1. Демографический ежегодник Вологодской области : стат. сб. / Вологдастат. — Вологда, 2012. — С. 50.
2. Калашников, К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения : монография / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. — Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. — 153 с.
3. О Программе модернизации здравоохранения в Вологодской области в 2011 — 2012 гг.: постановление Правительства Вологодской области от 4.03.2011 № 183.
4. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. — URL: <http://www.gks.ru>
5. Публичный доклад о результатах деятельности Департамента здравоохранения Вологодской области за 2012 г. — Вологда, 2013. — 30 с.
6. Смертность трудоспособного населения России и Беларуси как угроза демографическому развитию территорий / А.А. Шабунова, Л.П. Шахотько, А.Г. Боброва, Н.А. Маланичева // Социальные и экономические перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2012. — №2(20). — С. 89-94.
7. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение в России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э. Улумбекова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. — 592 с.
8. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика / А.А. Шабунова. — Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. — 408 с.
9. World health statistics. — Geneva: WHO, 2011. — 171 p.