

ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОЛЕ СОЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА СЕЛА: СТРУКТУРА, ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Рубцова В.Н., д.э.н., ИАГП РАН

В статье изложены результаты исследования структуры, динамики развития, эффективности подсистем материально-технической базы здравоохранительного социального пространства сельской местности России.

Результатом исследования явилось содержащее элементы новизны формирование авторского научного представления о незавершенности информационного поля предложенной к изучению проблемы, препятствующей осуществлению полноценного системного научного подхода к анализу состояния, динамики развития и эффективности функционирования здравоохранительного социального пространства села. Предложена авторская структура показателей, позволяющая производить системную оценку динамики развития и эффективности функционирования полей здравоохранительного социального пространства сельской местности. Ее использование в условиях социально-экономической неоднородности сельских территорий России позволит уточнить правила вступления в силу и приоритеты социально-инфраструктурной национальной и региональной государственной политики.

Ключевые слова: сельская местность, здравоохранительное пространство, поле, структура, показатели, эффективность

HEALTHCARE FIELD OF SOCIAL SPACE IN THE VILLAGE: STRUCTURE, DYNAMICS OF DEVELOPMENT, EFFICIENCY

Rubtsova V.N., Doctor of Economic Sciences, IAoP RAS

The article describes the results of the study of the structure, development dynamics, and the effectiveness of the subsystems of the material and technical base of the health and social space in the rural areas of Russia.

The result of the research was the formation of the author's scientific concept of the incompleteness of the information field of the problem proposed to study that prevents the implementation of a full-fledged systematic scientific approach to the analysis of the state, dynamics of development and effectiveness of the functioning of the health social space in the village. The authors proposed the structure of indicators, which makes it possible to make a systematic assessment of the dynamics of development and efficiency of the functioning of the fields of the health social space in the countryside. Its use in conditions of socio-economic heterogeneity of rural areas of Russia will allow clarifying the rule of entry into force and priorities of social and infrastructure national and regional public policy.

Keywords: rural area, health space, field, structure, indicators, efficiency

Вызовы социально-экономического развития России в новых экономических условиях актуализируют необходимость ускоренного формирования новых научных представлений о роли, месте, сущности социального пространства сельской местности, агропродовольственного сектора, сельских территорий в (интегрированном) национальном социальном пространстве. Полноценная реализация экономической функции села - достижение и поддержка продовольственной безопасности России - не может осуществляться без реализации социальных функций, обеспечивающих экономическое и социальное благополучие сельского населения, и, следовательно, - устойчивое развитие сельских территорий и сельской местности. Одной из приоритетных социальных функций в спектре многофункционального развития социального пространства сельских территорий России и сельской местности в целом, является восстановление здоровья сельского населения. Согласно авторскому определению, здравоохранительное социальное пространство села представляет собой часть освоенной че-

ловеком территории (социального пространства) сельской местности, чьи свойства формируются в большей степени внешними факторами. Представители социологической науки определяют социальное пространство как поле, в котором распределены прибыль и капиталы, которые человек осваивает посредством деятельности в зависимости от собственного социального статуса.¹

Ведущим сектором здравоохранительного пространства является сельская медицина, чья материальная база состоит из сетей лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающих сельскому населению медицинскую помощь. Сельское здравоохранение функционирует в ведомственных рамках национальной системы охраны здоровья и отражает все реализующиеся в ней системные процессы, сохраняя при этом определенную специфику. Кроме этого, изменение количественных показателей материально-технической базы и мощности сельского здравоохранения отражает закономерности изменения социального пространства сельской местности в целом.

Основной целью исследования является изучение закономерностей и особенностей динамики развития структурных элементов здравоохранительного социального пространства сельской местности и оценка эффективности его функционирования. В структуру целей и задач авторского исследования включена оценка возможностей использования информационного поля, в рамках которого решаются поставленные задачи.

Анализ основных показателей, характеризующих развитие материально-технической базы сельской медицины, проведен на основании информации, полученной из специализированных сборников, посвященных развитию сельской системы здравоохранения [1].

В качестве нормативных показателей мощности сельского здравоохранительного пространства были выбраны средние показатели обеспеченности населения койкоместами на 10000 человек, врачами и средним медицинским персоналом на 10000 человек [2].

Сведения, позволяющие в самом общем виде оценить эффективность функционирования сельской медицины как одного из полей здравоохранительного пространства села и ответственность ее деятельности запросам сельского населения в трудоспособном возрасте, были получены на основе изучения результатов социологического исследования Росстата «Комплексное наблюдение условий жизни населения РФ» [3].

Исследование заявленной в статье темы проводилось на базе использования статистических и социологических методов. Поэтому в статье, наряду с применением категорий, характеризующих структурные элементы материально-технической базы здравоохранительного пространства в качестве подсистем или секторов, представлены категории социологической науки, определяющие социальное пространство и его составляющие как «поля».

Исследование динамики показателей развития основных подсистем материально - технической базы сельской медицины, ее мощности и эффективности доказали, что закономерность, выявленная автором на уровне социального пространства сельской местности в виде сокращения сети материальных объектов трудовой, бытовой, социально-инфраструктурной сфер, отраженная в официальной статистике, распространяется на показатели, характеризующие здравоохранительное пространство села.

Так, динамика изменения числа лечебно-профилактических учреждений в сельском социальном здравоохранительном пространстве с 2011 по 2016 годы свидетельствует о значительном сокращении числа медицинских организаций в целом (см. табл.1). В здравоохранительном пространстве сельской местности наблюдается статистически подтвержденное сокращение числа медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях. Данные табл.1. свидетельствуют о том, что с 2011 по 2016 годы их численность сократилась более чем в 2 раза: с 2233 до 946 ед. (табл.1). Еще более значительным является сокращение числа медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. С 2012 организаций в 2012 году число объектов этого звена системы сельского здравоохранения в 2016 году сократилось до 40 (табл.1). Сложнее дело об-

¹ Бурдые П. Социальное пространство и генезис классов//Социология социального пространства. М.: Институт экспериментальной социологии ; СПб.Алтея.2007. С.49-64

стоит с оценкой динамики изменения показателей сети станций скорой медицинской помощи, обслуживающих сельских жителей. Насколько можно судить, показатели изменения численности СМП, как самостоятельных, так и входящих в состав других организаций, с 2012 по 2014 годы существенно не изменились. Сведения об изменении численности медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь сельскому населению, в статистических сборниках за 2015 и 2016 годы отсутствуют.

Таблица 1 - Динамика изменения материальной базы сети медицинских организаций, расположенных в сельской местности и оказывающих помощь сельскому населению РФ [1]

№№ п/п	Показатели	Годы					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	Число медицинских организаций, всего (ед.)	2514	2384	2085	2024	1181	1145
2	Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (ед)	2233	2151	2020	1284	986	946
3	Число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (сам. и без стоматологии)	2812	2587	2562	2722	51	40
4	Число станций СМП (сам) и отделений СМП, входящих в состав других организаций	1101	1053	1046	1003	Показатели отсутствуют	Показатели отсутствуют

Таким образом, сделать определенные выводы о результатах реформы системы здравоохранения, проведенной в ведомственных рамках и имеющей целью укрупнение лечебно-профилактических учреждений с сосредоточением в укрупненных медицинских центрах материальных и кадровых ресурсов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, на материале изучения динамики изменения материально-технической базы сельских медицинских сетей, невозможно.

Для уточнения оценки эффективности ее результатов в рамках здравоохранительного пространства сельской местности необходимым представляется изучение динамики изменения показателей мощности или ресурсной базы новой организационной системы охраны здоровья сельского населения, включающей состояние ее кадрового потенциала. Оно отражено в относительных показателях, представляющих наибольшие аналитические возможности для исследования заявленной проблемы. Изучение данных государственной статистики свидетельствует о том, что тенденции изменения показателей ресурсной базы по отдельным видам медицинской помощи в результате ведомственной реформы системы здравоохранения имеют достаточно неопределенные тренды. Судя по показателям, зафиксированным в табл.2, обеспеченность сельского населения койками в круглосуточных стационарах в расчете на 10000 чел. незначительно увеличилась за последние годы. Так, если в 2011 году она составляла 37,4, то в 2016 году показатель обеспеченности сельского населения койкоместами равнялся 39,8 на 10000 человек. Аналогичным образом изменились показатели плановой мощности учреждений, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно (число посещений в смену), обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом в расчете на 10000 человек сельского населения (табл.2). Таким образом, однозначного вывода на основании изученных показателей сделать нельзя. С одной стороны наблюдается сокращение сети медицинских учреждений в сельской местности, а с другой – хотя и незначительный, но рост ресурсной базы сельской медицины за последние годы.

Таблица 2 - Динамика изменения ресурсов сети медицинских организаций, расположенных в сельской местности и оказывающих помощь сельскому населению РФ[1]

№№ п/п	Показатели	Годы					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	Обеспеченность сельского населения койками в круглосуточных стационарах (на 10000 чел)	37,4	36,3	34,8	35,3	40,6	39,8
2	Плановая мощность учреждений, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно (число посещений в смену).	430651	408263	430174	394463	545536	556770
3	Обеспеченность врачами на 10000 чел.	12,0	13,1	13,9	13,8	14,4	14,7
4	Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10000 чел)	53,7	54,4	56,1	53,6	54,9	54,5

Анализ и оценка ситуации, связанной с изучением тенденций изменения показателей развития материально-технической базы сельского здравоохранения и ее ресурсного потенциала в здравоохранительном социальном пространстве сельской местности представляется неполной без учета нормативов ресурсной обеспеченности системы здравоохранения в целом. В качестве нормативных показателей были выбраны средние по России показатели ресурсной обеспеченности здравоохранения.

Сравнение показателей ресурсной обеспеченности сельского здравоохранения с показателями средней по России ресурсной обеспеченности системы здравоохранения позволяет сделать вывод о том, что показатели ресурсного обеспечения сельской медицины значительно ниже нормативных. Так, если нормативный показатель обеспеченности койкоместами на 10000 человек в России в 2016 году равен 81,6 коек, то в том же году в селе он составлял 39,8 коек на 10000 человек [2].

Средний по России показатель обеспеченности врачами на 10000 чел. в 2016 году достигает 46,4 на 10000 человек, а в селе он равен 14,7 на 10000 человек [2].

Схожая динамика наблюдается при сопоставлении обеспеченности сельского населения средним медицинским персоналом. В среднем по России обеспеченность средним медперсоналом в 2016 году была равна 104,3 на 10000 человек, а в селе в 2016 году этот показатель был вдвое ниже и составлял 54,5 на 10000 человек [2].

Эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений, расположенных в сельской местности, в самом общем виде можно оценить, анализируя результаты социологического исследования «Комплексное наблюдение условий жизни населения РФ», проведенного Росстатом в регионах России в 2011, 2014, 2016 годах.

Сведения, полученные на базе результатов социологического исследования Росстата, могут быть интерпретированы в рамках социологической науки как итог освоения респондентами поля здравоохранительного социального пространства.

Результаты социологического исследования свидетельствуют о том, что число респондентов во всех сельских населенных пунктах, оценивающих собственное здоровье как «очень хорошее», стабильно увеличивалось. Если в 2011 году процент от общей численности опрошенных сельских жителей трудоспособного возраста, оценивших свое здоровье как «очень хорошее», составил 2,5, то в 2014 и 2016 года их было 4,0 и 4,8 %. Эта тенденция распространяется и на жителей крупных населенных пунктов (табл.3). Таким же образом изменяется количество респондентов, оценивших состояние собственного здоровья как «хорошее»: в 2011 году их процент составлял 43,4; в 2014 - 43,7; в 2016 году - 48,2 % от численности респондентов, принявших участие в социологическом исследовании Росстата. Аналогичная тенденция наблюдается в сельских населенных пунктах с численностью населения более 5000 человек. Насколько можно судить, за последние годы число респондентов, оценивающих собственное здоровье как «хорошее», увеличилось и в мелких населенных пунктах (табл.3). Результаты социологического исследования Росстата позволяют выявить со-

кращение показателя оценки собственного здоровья по градации «удовлетворительное» (табл.3). При этом значительное сокращение показателя оценки собственного здоровья как «удовлетворительного» можно наблюдать у респондентов, проживающих в крупных сельских поселениях (см.табл.3). Однако динамика показателя оценки своего здоровья как «плохого» представляется менее определенной по сравнению с предыдущими градациями, содержащими оценки своего здоровья. В 2011 году процент респондентов, оценивших свое здоровье как «плохое», во всех сельских населенных пунктах равнялся 4,0; в 2014 году он увеличился до 4,7, а в 2016 году сократился до 3,0 процента. Та же динамика, не позволяющая выявить определенную тенденцию, характерна и для самооценки здоровья как «очень плохого» (табл.3).

Таблица 3 - Динамика показателей самооценки здоровья респондентами в трудоспособном возрасте, проживающими в сельской местности (в %% от численности респондентов) [3].

№№ пп	Показатели	Годы								
		2011			2014			2016		
		в сельск. насел. пунктах, всего	в т. ч. с населением, чел.		в сельск. насел. пунктах, всего	в т. ч. с населением, чел.		в сельск. насел. пунктах, всего	в т. ч. с населением, чел.	
			до 200	более 5000		до 200	более 5000		до 200	более 5000
1	Лица, оценившие состояние своего здоровья, всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	в том числе как:									
2	очень хорошее	2,5	--	3,7	4,0	3,3	5,4	4,8	5,2	6,4
3	хорошее	43,4	--	43,8	43,7	39,1	48,7	48,2	56,1	55,4
4	удовлетворительное	49,9	--	49,2	47,2	50,6	41,8	42,9	33,4	34,9
5	плохое	4,3	--	3,1	4,7	6,8	3,8	3,0	4,6	2,7
6	очень плохое	0,3	--	0,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,5	0,4

Исследование структуры, динамики развития и эффективности функционирования здравоохранительного поля социального пространства села на основе статистических показателей и результатов социологических исследований наряду с положительными сторонами позволили выявить существенные ограничения, препятствующие изучению закономерностей, специфики и эффективности услуг, оказываемых сетями лечебно-профилактических учреждений в селе. Проведенный анализ показал, что ограничителем следует признать отсутствие системности, разорванность, фрагментарность информационного пространства научного представления о сущности, структуре, закономерностях и особенностях развития социального пространства села и его здравоохранительной подсистемы, реализующимся в социально-инфраструктурной политике. Существуют и методические трудности, которые заключаются в следующем: ни в одном официальном статистическом сборнике не сформирована полная информационная база, системно характеризующая состояние и развитие сельского здравоохранительного пространства, начиная с основного интегрального показателя здоровья, принятого в международном обращении - средней продолжительности жизни, определяемой при рождении. Кроме этого, база должна содержать показатели объема и структуры финансирования сельской медицины; показатели, характеризующие развитие материально-технической базы ЛПУ, ее техническое состояние, информацию о территориальной доступности ЛПУ, ресурсной базе, в том числе – кадровой обеспеченности врачами и средним медперсоналом. Вся эта система основных показателей должна быть дифференцирована по основным территориальным уровням и содержать единообразные показатели.

Анализ статистических показателей, характеризующих тенденции изменения материально-технической базы сельского здравоохранительного социального пространства, позволяет сделать вывод о его сокращении, что соответствует общим закономерностям изменения

остальных подсистем социального пространства сельской местности, а именно - трудовой, бытовой, инфраструктурной сфер.

Изучение количественных показателей изменения мощности лечебно- профилактических учреждений в селе, составляющих материальную основу сетей здравоохранительного пространства сельской местности, приводит к выводу о том, что ее показатели с 2011 до 2016 года незначительно повысились. Однако при их сопоставлении с аналогичными среднероссийскими показателями ясно, что все показатели ресурсного потенциала системы сельского здравоохранения значительно ниже средних показателей по России, принятых в качестве нормативных.

Эффективность деятельности системы сельского здравоохранения отражена в показателях самооценки собственного здоровья респондентами в трудоспособном возрасте, полученными в результате социологического исследования Росстата «Комплексное наблюдение условий жизни населения РФ». Анализ результатов исследований, проведенных в 2011, 2014 и 2016 годах, позволяет сделать вывод о некоторых положительных тенденциях в изменении оценки собственного здоровья респондентами в трудоспособном возрасте или более успешном освоении ими здравоохранительного поля.

Изучение структуры, динамики развития, эффективности функционирования здравоохранительного пространства села как одной из приоритетных подсистем (полей) социального пространства сельской местности на национальном уровне представляет собой необходимый, но далеко не завершающий этап изучения выдвинутой проблемы.

Исследование динамики изменения количественных показателей, характеризующих поля социального пространства сельской местности, а именно - трудовой и социально-инфраструктурной сфер, базируется на количественных показателях официальной статистики. Его результаты приводят к выводу о том, что закономерностью изменения трудового, бытового и социально-инфраструктурного пространства сельской местности является его сужение. Измеренный в количественных показателях, этот негативный процесс выражается в сокращении численности объектов, включенных в подсистемы (поля) социального пространства сельской местности России [4]. Неоднородные социально-экономические условия развития сельской местности регионов, сельских административных районов и поселений могут быть признаны факторами, обеспечивающими разрывы в показателях развития секторов социального пространства на различных территориальных уровнях. Отсюда следует, что спецификой деятельности инфраструктурных организаций и учреждений в социальном пространстве сельской местности можно считать их большую зависимость от бюджетной обеспеченности регионов, сельских административных районов и сельских поселений, чем от государственного финансирования.

Неоднородность развития социального пространства сельских территорий России и зависимость территориальных систем сельского здравоохранения от ресурсов территорий, на которых они расположены, предполагает изучение количественных показателей в рамках приведенной выше структуры на основных территориальных уровнях сельской местности. На основе подобной информации могут быть выявлены и минимизированы угрозы, тормозящие развитие полей здравоохранительного социального пространства регионов и сельских административных районов, сбалансированы запросы населения к услугам сельской медицины с ее ответами.

Список литературы:

1. Сельское здравоохранение России в 2014 году, «Сельское здравоохранение России в 2016 году». 2014.2016.: Стат. материалы./Минздрав. М.2014,2016.
2. Здравоохранение в России.2017.:Стат.сб./Росстат. – М.2017.
3. Комплексное наблюдение условий жизни населения РФ. Росстат. 2011,2014,2016.
4. Российский статистический Ежегодник. 2017.: Стат.сб./Росстат.М.-2017.