

Социальные аспекты регионального развития

УДК 332.14(470.12)

© Калашников К.Н.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЭКОНОМИКА РЕГИОНА

В статье рассматривается здравоохранение в качестве одного из важнейших структурно-функциональных элементов социально-экономической системы региона. На основе показателя потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни» рассчитаны масштабы упущенной выгоды в производстве ВРП в результате преждевременной смертности населения – одной из причин недостаточного взаимодействия медицинских служб и органов управления здравоохранением с другими отраслями и ведомствами в решении проблемы сохранения общественного здоровья как важнейшего фактора регионального развития.

Здоровье, здравоохранение, человеческий капитал, региональная социально-экономическая система, экономический ущерб.

В российской научной литературе в течение длительного времени здравоохранение понималось как отрасль непроизводственной сферы, расходующая бюджетные средства, но не производящая национального продукта. С позиций современности данный подход представляется устаревшим и проблемы здоровья и здравоохранения нуждаются в переосмыслении [5].

Новый подход к здоровью впервые разработал М. Гроссман, обобщив их в статье «Концептуальные основы капитала здоровья и спроса на здоровье», опубликованной в 1972 г. в «Журнале политической экономии».

Основные теоретические положения М. Гроссмана сводятся к следующему. Как потребительский товар, считает он, здоровье непосредственно входит в функцию потребления индивида, поскольку люди получают удовлетворение от того, что они здоровы. В то же время здоровье оказывает влияние на полезность индивида не только потому, что доставляет ему удовольствие от хорошего самочувствия, но и потому, что повышает число дней для работы и свободного времяпрепровождения и увеличивает доход [8].

Человек желает сохранить своё здоровье (и поэтому потребляет медицинские услуги) не столько потому, что ценит здоровье само по себе, сколько потому, что стремится увеличить его запас, который используется как ресурс. В этом отношении медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями, входящими в сферу регионального здравоохранения, рассматриваются как инструмент повышения производительности труда человека и, соответственно, в региональной экономике в целом.



КАЛАШНИКОВ Константин Николаевич
младший научный сотрудник ИСЭРТ РАН
konstantino-84@mail.ru

Экспертами Мирового Банка сформулированы принципы, согласно которым ассигнования на здравоохранение имеют строгую научно-практическую обоснованность:

1. Здоровье является основополагающим элементом благосостояния.

2. Затраты на здравоохранение могут быть оправданы экономическими соображениями.

3. Здоровье населения способствует экономическому росту (сокращаются потери продуктивного времени из-за болезней работников; становится возможным использование естественных ресурсов, ранее практически недоступных вследствие заболеваний; высвобождаются средства, ранее расходовавшиеся на лечение).

4. Правильная политика в области здравоохранения обуславливает хорошее здоровье [7, с. 72].

Здоровье в данном контексте рассматривается как один из существенных факторов экономического развития и снижения бедности, а расходы на сохранение здоровья – как инвестиции, которые приносят экономическую отдачу в будущем.

Однако в связи с этим возникает необходимость количественно оценить либо экономические эффекты от сохранения здоровья, либо упущенную выгоду в результате заболеваемости и смертности населения.

В зарубежной и отечественной литературе для оценки экономического ущерба от болезненности и смертности населения в рамках экономического анализа деятельности здравоохранения приняты несколько базовых подходов. Это оценка потерь на основе данных о смертности (уровень социальных потерь вследствие преждевременной смертности населения от болезней); оценка потерь по данным о заболеваемости и утрате нетрудоспособности; оценки пространственного распределения населения по уровню здоровья [2; 3].

Наиболее приемлемым в рамках стратегического планирования и управления региональной системой здравоохранения представляется подход, основанный на оценке потерь с помощью показателя преждевременной смертности населения, который имеет ряд сравнительных преимуществ.

Во-первых, показатель «потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ) точно отражает степень развития системы охраны здоровья населения, поскольку одной из её первоочередных задач выступает именно предотвращение смертности населения в тех возрастах, в которых она является неестественной.

Во-вторых, существенным преимуществом показателя «потерянные годы потенциальной жизни» является то, что его значение можно конвертировать в стоимостную форму и выразить в терминах недопроизведённого регионального дохода.

В-третьих, статистическая информация о смертности населения удовлетворяет двум ключевым критериям – объективности (данные о смертности населения наименее подвержены влиянию таких субъективных факторов, как неточность учёта, недостатки механизма сбора данных) и доступности (практически во всех субъектах РФ имеются обширные базы данных о смертности населения, содержащие информацию о демографических потерях в разрезе целого ряда существенных признаков: медицинских, половозрастных, территориальных и пр.). Это позволяет использовать показатели потенциальной демографии в управлении региональной системой здравоохранения.

Показатель «потерянные годы потенциальной жизни» даёт возможность рассчитать количество лет, которые человек мог бы прожить, если бы не ушёл из жизни раньше наступления старости или определённого, методически установленного временного «порога» [2; 3].

Последующее выражение потерянных лет жизни в стоимостных показателях может осуществляться как с использованием показателя средней начисленной заработной платы, так и размера валового регионального продукта в расчёте на одного занятого в экономике. Эти показатели отражают неиспользованные возможности, которые при повышении эффективности деятельности регионального здравоохранения могли бы увеличить экономический потенциал региона.

Согласно расчётам, проведённым с использованием описанного инструментария, размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области составил в 2008 г. в среднем 108,6 тыс. руб. на одного занятого в экономике и около 22% от общего объема ВРП в данном году (табл. 1).

Размеры упущенной выгоды особенно высокими были в 2007 и 2008 гг., что

связано с большими объемами ВРП в эти годы, но прежде всего с высоким уровнем преждевременной смертности населения.

Поскольку стоимостное выражение показатели преждевременной смертности от разных причин получают с помощью одной и той же величины, картина упущенной выгоды от ключевых причин аналогична таковой для преждевременной смертности, то есть первую тройку факторов, обуславливающих ущерб, составляют травмы и отравления, болезни системы кровообращения и органов пищеварения (табл. 2).

При оценке в стоимостных показателях экономических потерь от заболеваний обнаруживается вклад каждой из основных причин смерти в общий объём экономических потерь региона (табл. 3).

Так, в 2008 г. травмы и отравления обусловили в области потерю примерно 23,5 млрд. рублей потенциального

Таблица 1. Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения в 2003 – 2008 гг.

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ПППЖ, чел.-лет	108 775	107 024	105 074	85 799	130 962	136 163
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс. руб., в текущих ценах	137,9	206,7	246,7	264,4	396,5	487,7
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, млн. руб.	15 000	22 121	25 921	22 685	51 926	66 406
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, тыс. руб. на 1 занятого в экономике	24,6	36,8	42,8	37,2	84,6	108,6
Доля от ВРП, %	13,9	13,7	13,4	11,2	21,3	22,2

Таблица 2. Экономический ущерб от преждевременной смертности населения Вологодской области по группам причин смерти (в % от общей структуры)

Класс МКБ-10*	Доля в общей структуре экономического ущерба, %	
	В 2003 г.	В 2008 г.
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	40	35
Болезни системы кровообращения	23	26
Болезни органов пищеварения	9	10
Новообразования	7	10
Болезни органов дыхания	6	6
Другие причины	15	13

* Классы причин смерти, принятые в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (1989 г.).

Таблица 3. Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения по группам причин смерти (классам МКБ-10) в 2003 – 2008 гг. (млн. руб., с учётом инфляции)

Класс МКБ-10	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Доля в ВРП, 2008 г., %
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	10 362	15 489	17 262	16 133	20 263	23 602	8
Болезни системы кровообращения	5 761	8 789	10 528	9 257	12 947	17 198	6
Болезни органов пищеварения	2 203	4 527	6 062	4 345	5 482	6 768	2
Новообразования	1 889	2 630	3 069	3 500	4 714	6 479	2
Болезни органов дыхания	1 438	2 063	2 548	1 949	2 103	3 820	1
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	1 059	1 548	1 815	1 518	1 705	2 085	0,6
Всего*	14 521	37 050	43 791	44 615	5 051	63 875	21

*Без учёта группы «неонатальная смертность».

валового регионального продукта из-за преждевременного ухода из жизни населения. Вклад других причин (болезни органов кровообращения, пищеварения и дыхания) в общую сумму экономического ущерба был также впечатляющим.

Преждевременная смертность и, следовательно, экономический ущерб в наибольшей степени определяют **травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин** (35% совокупного экономического ущерба, причем наибольший удельный вес имеют асфиксия, алкогольные отравления и черепно-мозговые травмы) и **заболевания сердца** (26% экономического ущерба; ключевые нозологические единицы: ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия).

Подчеркнём, что вклад той или иной патологии в общий показатель смертности в расчёте на случай смерти будет принципиально иным (рис. 1).

Так, одни болезни приводят к ранней смерти, например в младенчестве или раннем детстве, но по своей природе они являются такими редкими событиями, что в абсолютных показателях обуславливают лишь малую долю вклада в сумму утраченных лет (например, смерть

ребёнка при родах или врождённое органическое нарушение). Другие болезни, например патологии сердца, наоборот, поражают человека в зрелом возрасте, то есть в относительном выражении обуславливают меньший ущерб в терминах потерянных лет потенциальной жизни, однако будучи чрезвычайно распространёнными в масштабах популяции составляют подавляющую долю фактического демографического и экономического ущерба.

Важность разработки комплекса мер по снижению ущерба от потерь здоровья населения территории, если принимать во внимание сложность феномена общественного здоровья, на состояние которого влияет целый ряд факторов, в том числе и не связанных непосредственно с организацией здравоохранения, говорит о необходимости анализа связей здравоохранения с прочими отраслями региональной экономики на основе системного научного подхода.

Здравоохранение, составляя неотъемлемую часть региона как социально-экономической системы, функционально встроено в её социально-экономический, политический, информационный контексты.

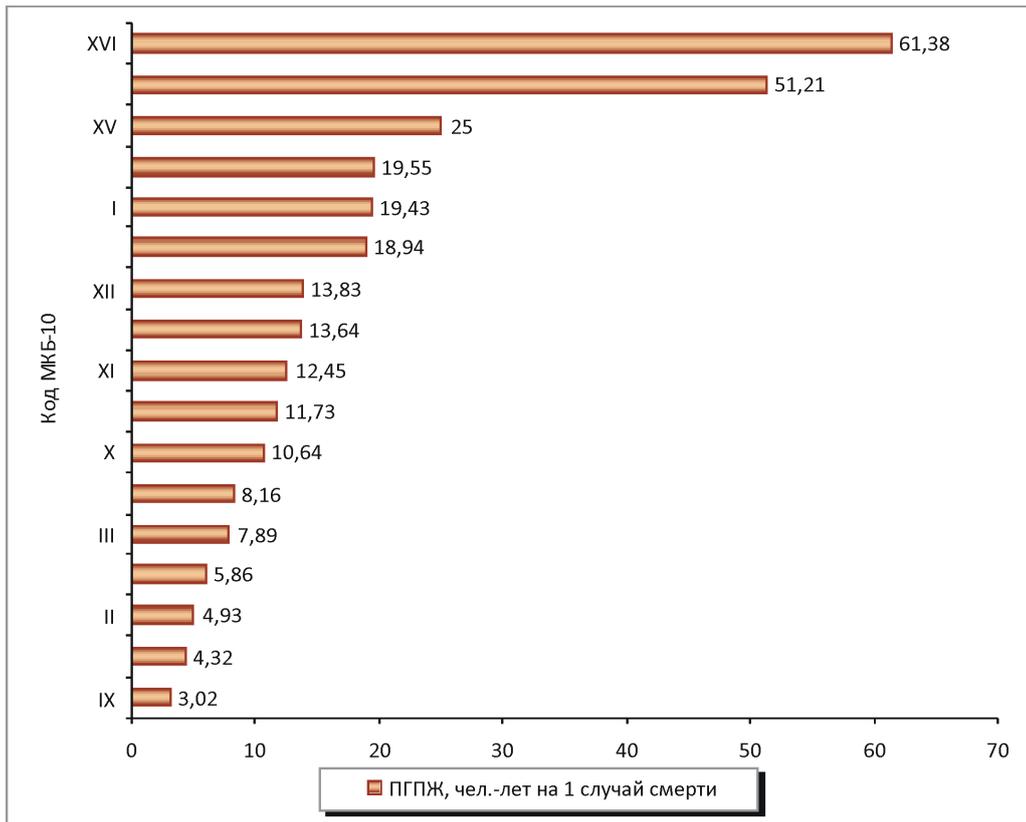


Рисунок 1. Потерянные годы потенциальной жизни в разрезе основных классов МКБ-10 (чел.-лет на 1 случай смерти)

Примечание. XVI – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; XVII – врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения; XV – беременность, роды и послеродовый период; XIX – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; I – некоторые инфекционные и паразитарные болезни; VI – болезни нервной системы; XII – болезни кожи и подкожной клетчатки; V – психические расстройства и расстройства поведения; XI – болезни органов пищеварения; XIII – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; X – болезни органов дыхания; XIV – болезни мочеполовой системы; III – болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; IV – болезни эндокринной системы; II – новообразования; XVIII – симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках; IX – болезни системы кровообращения.

Источник: Данные МИАЦ Вологодской области.

Признаки детерминации подсистем затрагивают 3 аспекта: структурный, функциональный, коммуникационный. Здоровоохранение является подсистемой региональной экономики, так как входит в состав системы региона в качестве сложного структурного компонента. Функция подсистемы здравоохранения заключается в ориентации на достижение общих целей системы – вклад в региональный доход и в трудовой потенциал региона, обеспечение жизнедеятельности его жителей. Наконец, подсистема здравоохранения коммуникационно связана с другими компонентами и подсистемами системы региона финан-

совыми, административными, информационными и другими связями и гармонически вписывается в общую структурно-функциональную архитектуру системы; подсистема действует не только по сугубо «внутренним», специфическим законам, но и по законам, определяющим функционирование системы в целом.

На основе анализа и декомпозиции структуры региональной экономики можно заключить, что *здрoвоохранение является социально-экономической подсистемой второго порядка*, входящей в состав подсистемы первого порядка – *системообслуживающего блока* региона. О значении здравоохранения

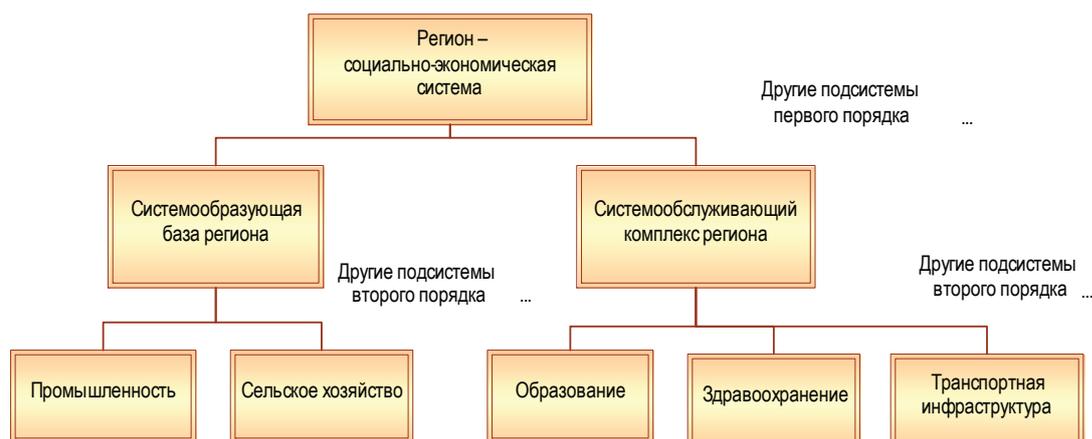


Рисунок 2. Декомпозиция социально-экономической системы региона

* Схема составлена автором статьи.

для социально-экономической системы региона можно судить по схеме её декомпозиции (рис. 2).

С позиций практического управления это диктует необходимость реализации межотраслевого подхода к ведению политики здравоохранения, важность которого настолько неоспорима, что межсекторальное сотрудничество (наряду с ориентированностью на показатели мезоуровня экономической системы, акцентом на укреплении здоровья и профилактике заболеваний, умеренностью в

вопросах личности и индивидуальных потребностей) называют родовым признаком общественного здравоохранения как функциональной подсистемы региона.

Таким образом, здравоохранение ориентировано на население территории в целом. Его эффективность достигается путём объединения конструктивных управленческих усилий различных отраслей власти и различных ведомств (и не ограничивается оказанием медицинских услуг).

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении Плана действий по реализации Программы социально-экономического развития Вологодской области на 2011-2013 годы: постановление Правительства Вологодской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://volgda-oblast.ru/periodic.asp?CODE=8052> (дата обращения 09.03.2011).
2. Общественное здоровье и экономика: монография / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова; под ред. Б.Б. Прохорова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – С. 249-255.
3. Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Коляинько. – М., 2000.
4. Чубарова, Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад) / Т.В. Чубарова. – М.: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.
5. Шейман, И.М. Экономика здравоохранения / И.М. Шейман. – М.: ГУ-ВШЭ. – 211 с.
6. Donella H. Meadows, Diana Wright. Thinking in Systems: A Primer. USA, 2008. – White River Junction, Vermont. – P. 11.
7. Health and economic development in south-eastern Europe. Council of Europe Development Bank (CEB). 2006. 172 p.
8. Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health / M. Grossman // The Journal of Political Economy. – Vol. 80. – No 2. – Pp. 223-255.