

О.В. Шульгина

Географические особенности развития медицинского обслуживания населения в России

В статье рассмотрены географические особенности развития системы здравоохранения в России. Выявлены факторы, влияющие на территориальную дифференциацию основных показателей медицинского обслуживания населения, а также региональные закономерности заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, обеспеченности медицинскими учреждениями. Рассмотрены тенденции изменения этих показателей в начале XXI в. Используются статистические и картографические методы исследования.

Ключевые слова: географические особенности; география сферы обслуживания; факторы развития; территориальная организация; система здравоохранения; историко-географическое осмысление.

Развитие географической науки, в частности усиливающийся процесс ее гуманитаризации и социологизации, вызывает необходимость уточнения проблематики и направлений исследований, связанных с человеком, к числу которых относится и география сферы обслуживания. Специальным ее предметом являются условия и закономерности территориальной организации сферы услуг, некоторые вопросы потребности населения в обслуживании.

География медицинского обслуживания населения является составной частью географии сферы обслуживания [1]. Она рассматривает территориальные различия потребностей людей в услугах здравоохранения; уровне удовлетворения этих потребностей, а также проблемы территориальной организации медицинского обслуживания населения в различных природных, социальных, экономических и демографических условиях, при различных формах расселения [9].

В рамках географического изучения медицинского обслуживания населения взаимосвязанно рассматриваются несколько аспектов:

- изучение территориальных различий в потребностях населения в медицинских услугах с использованием материалов исследований медицинской географии, социальной гигиены, медицинской статистики;
- исследование региональных различий в степени удовлетворения этих потребностей и разработка методов их анализа;
- изучение сложившейся территориальной организации учреждений здравоохранения в различных природных и социально-экономических условиях для разных территорий и форм расселения;
- конструктивный географический анализ задач и перспектив развития территориальной организации здравоохранения с учетом необходимости ее оптимизации.

На каждом из этих этапов географ закономерно должен учитывать влияние всех значимых факторов и рассматривать все проблемы в контексте изменений социально-экономического развития страны, тенденций и государственной программы развития здравоохранения [4].

При этом важно уделять пристальное внимание типологии явлений и соответствующему ему районированию территории; это создает необходимость и возможность широкого использования статистических и картографических методов исследования.

Некоторые результаты таких исследований по России в целом с отражением на картах региональной дифференциации важнейших показателей и их кратким анализом на начало XXI в. представлены в Национальном атласе России [7]. Здесь показаны на картах основные сюжеты медико-географических исследований:

1. *Санитарно-экологическая оценка* территории России с выделением шести крупных санитарно-экологических систем, отражающих совокупность оцененного в баллах уровня природного и техногенного прессинга на территорию с преобладающими на этих территориях заболеваниями. В частности, выделены санэкосистемы: экстремальные, дискомфортные, гипокомфортные, прекомфортные, комфортные [7, с. 170–171].

2. *Медико-экологическое районирование* по целому комплексу природных и социально-экономических показателей с делением нашей страны на 23 характерных района [7, с. 172–174]. Здесь учтены множество факторов, влияющих на здоровье населения, но это статистический и картографический срезы лишь на отдельный период. Такие исследования не могут являться окончательными и актуальными на все времена. Конечно, занимаясь вопросами географии медицинского обслуживания, особенно на конкретных территориях, их надо актуализировать и конкретизировать. Однако это не снижает ценности методологических подходов к подобного рода исследованиям и упомянутые карты являются своего рода примером и отправной точкой для последующего медико-географического изучения регионов.

3. *Территориальной организации здравоохранения* в Национальном атласе посвящены несколько разделов и соответствующих карт: здесь представлены на 2004 г. обеспеченность больничными койками на 10 000 населения, число врачебных амбулаторных учреждений, обеспеченность медицинским персоналом, расходы консолидированных бюджетов на здравоохранение [7, с. 176–182].

Столь детальные и многоаспектные географические исследования в области здравоохранения требуют огромных затрат времени и сил; они, как правило, выполняются большими коллективами исследователей с привлечением специалистов смежных сфер. Такие исследования задают общий смысловой тренд, методологический подход, своего рода фон для детальных региональных исследований по географии медицинского обслуживания.

Отметим, что география медицинского обслуживания не является на сегодня распространенной темой научных исследований. Открытая статистика здравоохранения, представленная на сайте Госкомстата России [5, 6], позволяет лишь в определенной мере судить об особенностях территориальной организации отрасли в российских регионах и проводить обобщенные макроисследования. Тем не менее по этим данным можно представить региональные особенности заболеваемости населения (в целом и по группам распространенных заболеваний), обеспеченности стационарными и амбулаторными учреждениями, медицинским персоналом. Можно также уловить определенные тенденции развития сети учреждений здравоохранения по России в целом и по отдельным регионам. Таким образом, прямо или опосредованно, можно исследовать все перечисленные выше аспекты географии медицинского обслуживания населения.

Так, о территориальных различиях в потребностях населения в медицинском обслуживании в определенной мере можно судить по уровню заболеваемости (рис. 1).

На основе рассмотрения рисунка 1 можно сделать вывод о некоторой зависимости уровня заболеваемости населения от степени комфортности природных условий. Так, сравнительно низкий уровень заболеваемости фиксируется в большинстве регионов Северного Кавказа, в Крыму, в южной части Центральной России и Поволжья, в Московской, Ленинградской и Тюменской областях. Высокий уровень заболеваемости населения отмечается в основном в северных регионах. Однако такую зависимость нельзя назвать абсолютной: отступают от нее Магаданская область, Хабаровский край и Еврейская автономная область. В этих регионах также зафиксирован сравнительно низкий уровень заболеваемости, связанный, по-видимому, с другими факторами, среди которых более молодой возрастной состав населения, нечастая обращаемость за медицинской помощью. Напомним, что уровень заболеваемости определяется на основе обращений в медицинские учреждения. Низкий уровень заболеваемости отмечается также в республиках Тыва и Бурятия, где вполне

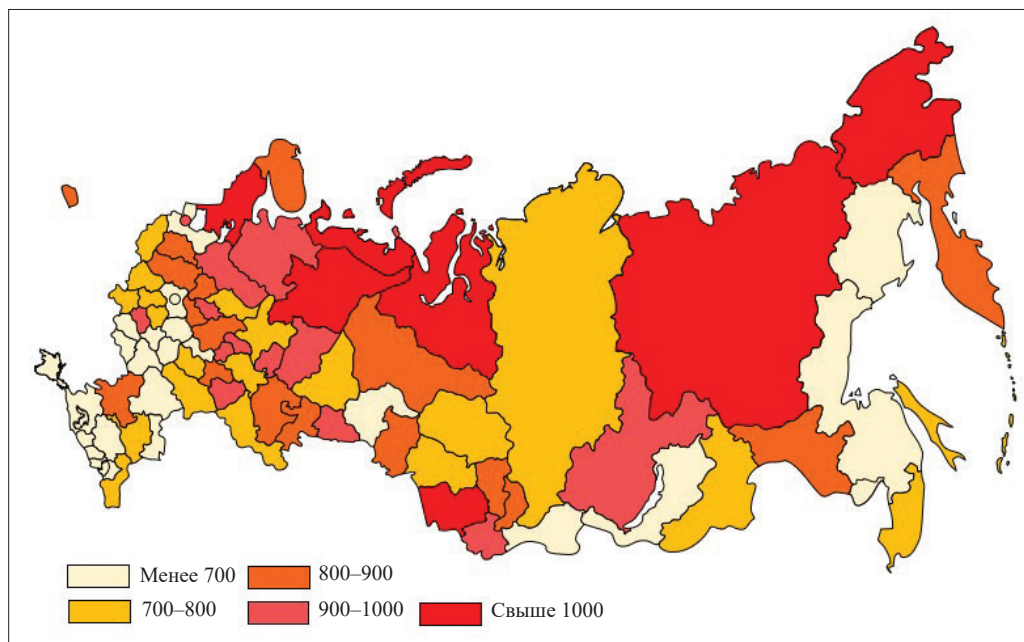


Рис. 1. Заболеваемость населения России на 1000 жителей в 2017 г.
(составлено автором по данным [5, с. 374–375])

возможно влияние как природных условий, так национальных традиций, способствующих здоровому образу жизни.

О региональных различиях в степени удовлетворения потребностей людей в медицинском обслуживании, а также о своевременности и эффективности медицинской помощи в значительной степени можно судить по величине смертности населения и продолжительности жизни. Конечно, нельзя категорично заявлять, что только здравоохранение может препятствовать негативным проявлениям этих показателей. Ведь смертность и ожидаемая продолжительность жизни отчасти определяются генетически, отчасти связаны с уровнем медицинской культуры населения, распространением здорового образа жизни и своевременностью обращения за медицинской помощью. Однако роль здравоохранения в улучшении этих показателей несомненна.

На рисунке 2 представлена региональная дифференциация смертности населения России по регионам. Средний по стране показатель смертности на 1000 жителей — 12,4, а в Псковской области и в Республике Ингушетия — 17,4 и 3,2 соответственно. Самые низкие показатели смертности населения характерны для регионов Северного Кавказа, отличающихся и высокой продолжительностью жизни, и, как показывает рисунок 1, сравнительно низкой заболеваемостью населения. Способствует этому, по-видимому, не столько уровень здравоохранения, сколько традиции и особенности образа

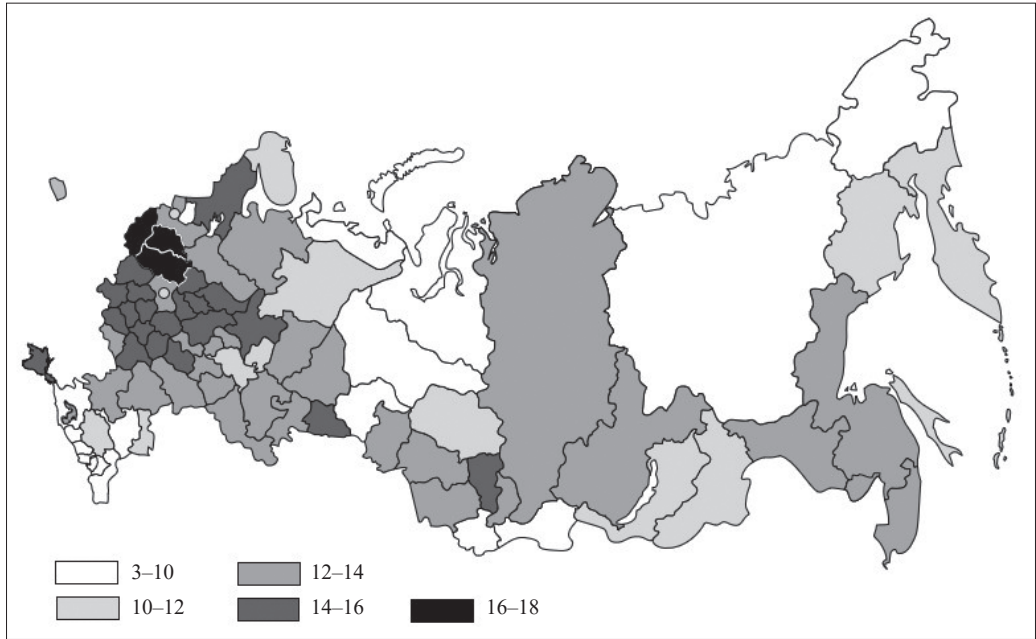


Рис. 2. Смартность населения России на 1000 жителей в 2017 г.
(составлено автором по данным [5, с. 270–271])

жизни, а также значительная доля молодого населения из-за традиционно высокой рождаемости.

А вот сравнительно низкая смертность населения в северных сырьевых регионах Сибири и Дальнего Востока, а также в Ненецком автономном округе связана, скорее всего, с концентрацией здесь более молодого по составу населения, чем в целом по России, вызванной в том числе и значительным оттоком из этих регионов в последние десятилетия в основном пожилых людей.

Противоположная ситуация со смертностью населения, к сожалению, сложилась в большинстве регионов Центральной России, особенно на северо-западе страны, где, помимо уже упомянутой Псковской, особенно высокими показателями смертности отличаются Тверская и Новгородская области. Центральная Россия — староосвоенный регион с концентрацией здесь в основном русского населения, давно прошедшего стадию демографического перехода с характерной для него низкой рождаемостью и явным переколом в возрастной структуре населения в сторону пожилых людей.

По средней продолжительности жизни в России лидируют в порядке убывания [5]: Республика Ингушетия (81,6 лет), Москва (77,9), Республика Дагестан (77,8), Карачаево-Черкесская Республика (75,9), Кабардино-Балкарская Республика (75,8), Республика Северная Осетия (75,5), Санкт-Петербург (75,4), — то есть северокавказские республики и столичные

города-миллионеры. Эти регионы уже обогнали запланированный Государственной программой Российской Федерации развития здравоохранения до 2020 г. показатель ожидаемой продолжительности жизни — 74,3 года [1]. На противоположном полюсе — регионы с низкой продолжительностью жизни: ниже среднероссийской в настоящее время — 72,7 года. К таким регионам относятся: Чукотский автономный округ, где средняя продолжительность жизни всего 66 лет, Республика Тыва — 66,3; Еврейская автономная область — 68,8; Амурская область — 69,1; Иркутская область — 69,2; Кемеровская область — 69,3 года. Все это регионы Дальнего Востока и Сибири.

Одной из задач географии медицинского обслуживания населения является изучение территориальной организации учреждений здравоохранения в различных природных и социально-экономических условиях для разных территорий и форм расселения. Понятие «территориальная организация» очень емкое, включающее в себя структуру сети учреждений, обеспечение доступности этих учреждений и всего спектра медицинской помощи для различных групп населения. По степени доступности учреждений медицинского обслуживания, к сожалению, еще отмечаются существенные различия между городами и сельскими территориями, а среди городов — между крупнейшими и малыми городами. Категория доступности тоже неоднозначна, и необходимо отметить существующие различия не только во временной, но и в финансовой доступности медицинских учреждений.

С переходом к рыночной экономике происходило нарастание объемов коммерческих услуг, в том числе и в здравоохранении. Такое явление характерно для большинства стран мира, в том числе и для России. Например, по данным Госкомстата России, с 2010 по 2017 г. [6: с. 89] число государственных больниц в стране уменьшилось с 6308 до 5357, а негосударственных — увеличилось с 224 до 266. Особенно значительными темпами сокращалась на рубеже XX–XXI вв. сеть небольших участковых больниц на селе — только за рассматриваемый период их число снизилось с 2631 до 68. Здесь четко просматривается осуществляемая в последнее время тенденция на укрупнение учреждений во многих отраслях услуг в связи с насущной потребностью переоснащения этих учреждений современным оборудованием, обеспечения их высококвалифицированными кадрами с достойной зарплатой и повышения качества обслуживания. Одновременно могут ухудшиться условия доступности медицинских услуг для населения, особенно проживающего в удаленных от транспортных магистралей малых населенных пунктах с нерегулярным транспортным сообщением.

Для городов такое укрупнение медицинских объектов, безусловно, благо. В сельской местности этот процесс, по-видимому, должен осуществляться дифференцированно в зависимости от транспортных условий, условий расселения, удаленности от медицинских центров. В советский период наиболее распространенной структурой сети медицинских учреждений в сельской

местности была последовательная цепочка: фельдшерско-акушерский пункт – сельская участковая больница (как правило, объединенная с сельской врачебной амбулаторией) – центральная районная больница и районная поликлиника [10]. А далее пациент по направлению из районной больницы (поликлиники) мог направляться в областной или республиканский специализированный центр.

В настоящее время на селе идет снижение роли первичных звеньев здравоохранения, что, с одной стороны, благо — пациент сразу попадает в районное медицинское учреждение и получает квалифицированную врачебную помощь; с другой — условия бездорожья и значительная удаленность от районного центра могут осложнить получение своевременной медицинской помощи. Хорошо, если в таких условиях есть возможность использовать санитарную авиацию и дистанционные виды диагностики.

В современной трансформации сети медицинских учреждений просматривается еще одна тенденция: смещение акцентов в оказании медицинской помощи со стационарных (больничных) учреждений на амбулаторные. Статистика здравоохранения четко фиксирует значительное снижение не только количества больниц, но и обеспеченности населения больничными койками (рис. 3).

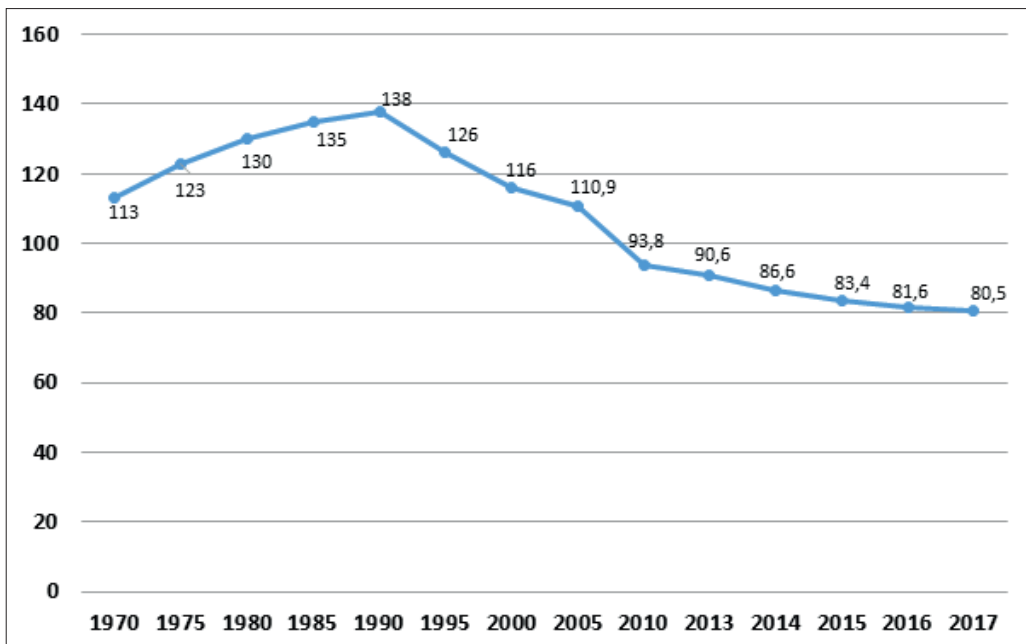


Рис. 3. Изменение обеспеченности населения России больничными койками на 10 000 человек с 1970 по 2017 г. (составлено автором по данным [5, 6])

Если до 1990 г. происходил рост обеспеченности больничными койками в расчете на 10 000 населения, то в последующие годы шло явное его снижение, сопровождающееся поисками направлений эффективности использования материальной базы.

Темпы снижения обеспеченности больничными койками различались по регионам: в среднем по России они составляли 29 % и колебались от 60 % в Москве, 52 % — в Ленинградской области до 4 % — в Саратовской и 0,3 % — в Еврейской автономной области [5].

В противоположность этому отмечается рост мощности амбулаторно-поликлинических учреждений. Например, только с 2005 по 2017 г. их мощность увеличилась с 256 до 271 посещений в смену на 10 000 жителей [5]. Этот процесс тоже происходил неравномерно по регионам.

В уровне обеспеченности больничными койками и амбулаторно-поликлиническими учреждениями отмечаются существенные различия по регионам России (см. рис. 4–5).

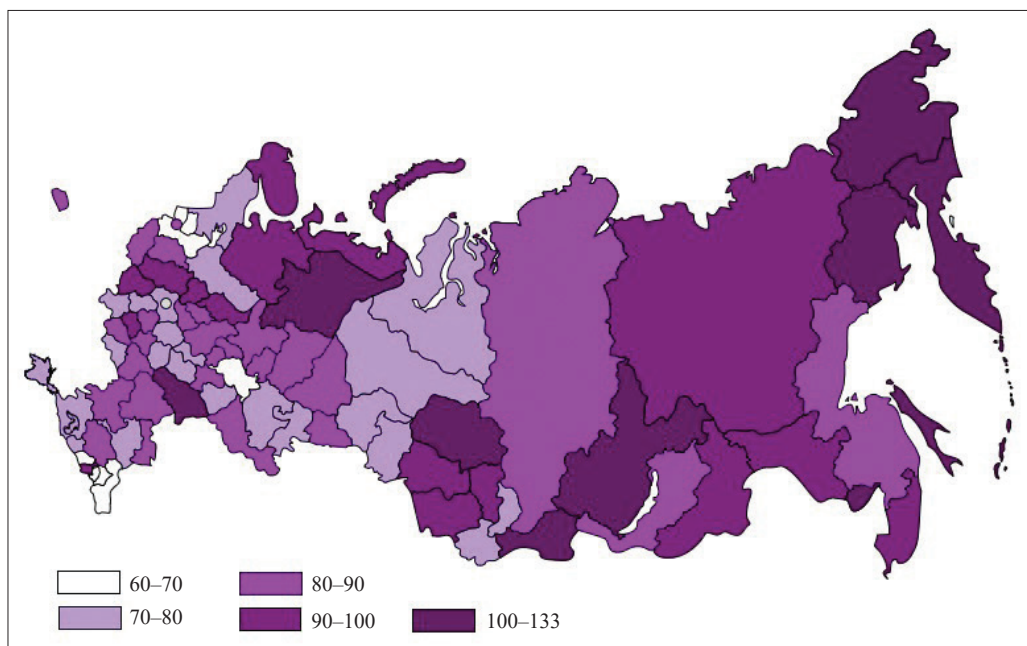


Рис. 4. Обеспеченность населения России больничными койками: число коек на 10 000 человек, 2017 г. (составлено автором по данным [5])

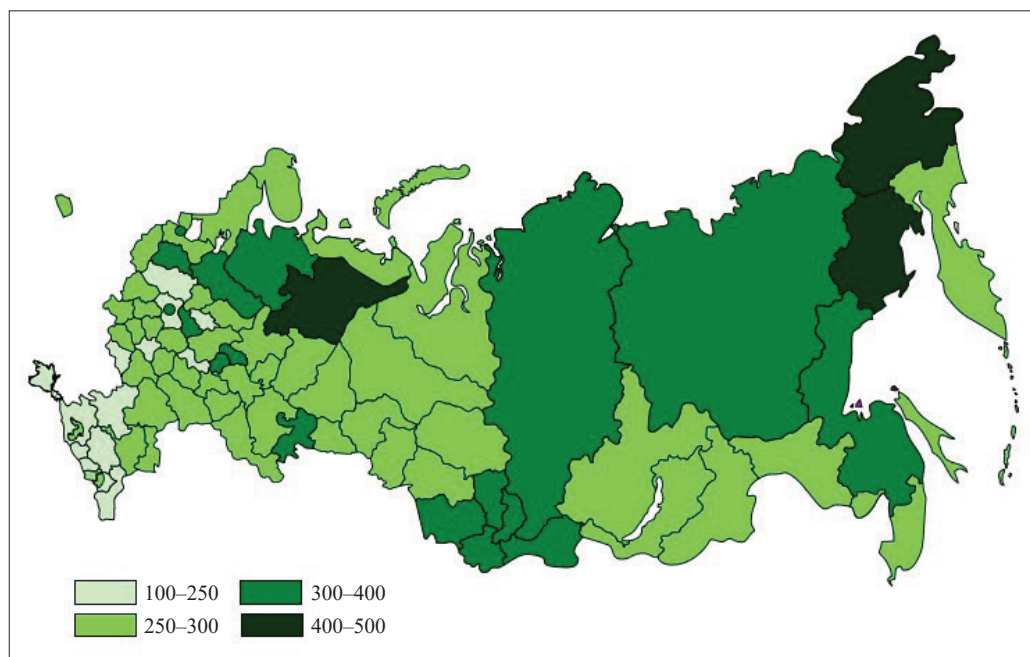


Рис. 5. Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений: число посещений в смену на 10 000 жителей, 2017 г. (составлено автором по данным [5])

Наиболее высокие показатели обеспеченности больничными койками отмечаются в большинстве северных и дальневосточных регионов, что вполне объяснимо не только повышенными показателями заболеваемости (см. рис. 1), но и структурно-территориальными особенностями развития сети больничных учреждений.

В условиях редкоочагового расселения, когда сравнительно небольшие поселки и города находятся на значительном расстоянии друг от друга, для обеспечения доступности стационарной медицинской помощи необходима более рассредоточенная сеть медицинских учреждений в сравнении с благоприятными условиями расселения и развития транспортной системы. В малоселенных регионах Центральной России: Тверской, Смоленской, Ярославской, Костромской областях — повышенный уровень обеспеченности больничными койками, скорее всего, можно объяснить невозможностью в данных условиях расселения и сложной демографической ситуации полностью отказаться от небольших участковых больниц и сельских амбулаторий. В Татарстане сравнительно низкая обеспеченность больничными койками связана, с одной стороны, с довольно высокими темпами концентрации, о чем свидетельствует показатель сокращения этой обеспеченности за рассматриваемый период на 37 %, с другой — значительными, по-видимому, возможностями этой республики в финансировании преобразований в социальной сфере

по примеру столичных регионов. Напомним, что в рейтинге регионов по уровню социально-экономического развития Татарстан занимает одну из лидирующих позиций. То же можно сказать и о нефтегазовых регионах Сибири — Ямало-Ненецком, Ханты-Мансийском автономных округах и Тюменской области.

Региональные различия в обеспеченности амбулаторно-поликлинических учреждений по регионам России (см. рис. 5) в определенной мере коррелируют с заболеваемостью населения и обеспеченностью больничными койками.

Рассмотренные показатели развития здравоохранения в регионах России дают представления об общих закономерностях географии медицинского обслуживания. Подобное макроисследование должно дополняться более пристальным изучением тенденций и особенностей территориальной организации здравоохранения на микроуровнях: внутри субъектов Федерации, городов, районов. Подобные географические исследования проводились лишь выборочно: О.В. Шульгиной [9, 10] — по Тверской (бывшей Калининской) области; И.Ю. Барановским [2] — по Смоленской области; О.Е. Васильевой [3] — по Республике Башкортостан. Однако этого явно недостаточно. Многие территориальные проблемы развития здравоохранения ждут своего географического и историко-географического осмысления, а предшествующие работы — нового переосмысления [10].

Подводя итог проведенному исследованию, необходимо подчеркнуть, что важнейшими направлениями географического исследования системы здравоохранения являются:

- районирование территории России по современным условиям развития медицинского обслуживания населения, включая природные и экологические условия, особенности расселения, уровень жизни, заболеваемость и смертность;
- разработка оптимальных региональных моделей территориальной организации здравоохранения с учетом особенностей расселения людей, проживающих в различных природных, социально-экономических условиях, в разных типах расселения и транспортных условий;
- разработка обоснованных регионально дифференцированных нормативов обеспеченности населения медицинскими учреждениями с учетом всего комплекса факторов, источников и объемов финансирования, научно-технического прогресса в развитии здравоохранения и всех видов коммуникаций.

Успешному и практико-ориентированному проведению таких исследований будет способствовать координация усилий всех сфер и ведомств, заинтересованных в оптимизации системы здравоохранения.

Литература

1. Алексеев А.И. География сферы обслуживания: основные понятия и методы: учеб. пособие / А.И. Алексеев, С.А. Ковалев, А.А. Ткаченко. Тверь: Твер. гос. ун-т, 1991. 117 с.

2. *Барановский И.Ю.* Территориальная организация сферы медицинского обслуживания населения Смоленской области: автореф. дис. ... канд. геогр. наук по специальности 25.00.24. М., 2010. 20 с.
3. *Васильева О.Е.* Территориальная организация медицинского обслуживания населения в Республике Башкортостан: автореф. дис. ... канд. геогр. наук по специальности 25.00.24. М., 2011. 22 с.
4. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения: 10.05.2019).
5. Здравоохранение // Регионы России. Социально-экономические показатели: сб. ст. М.: Росстат, 2018. С. 359–405.
6. Здравоохранение в России. 2017: сб. ст. М.: Росстат, 2017. 170 с.
7. Национальный атлас России: в 4 т. Т. 3. Население. Экономика / М-во транспорта РФ, Федер. агентство геодезии и картографии; ред. кол.: И.Е. Левитин (пред.); А.В. Бородко, В.Н. Александров и др. М.: Роскартография, 2008. 495 с.
8. Рекомендации по расчету региональных нормативов обеспеченности жителей села жильем, услугами и культурно-бытовыми объектами в условиях многоукладной экономики / В.В. Кузнецов, Ю.М. Нагорнов, О.В. Шульгина и др. Ростов н/Д.: Молот, 1993. 52 с.
9. *Шульгина О.В.* Закономерности территориальной организации сельского здравоохранения в малоселенных районах Нечерноземья. На примере Калининской области // Вопросы социально-экономической географии Верхневолжья. Калинин, 1985. С. 52–63.
10. *Шульгина О.В.* Сравнительный анализ уровня и территориальной организации здравоохранения в сельской местности Калининской области // Вопросы социально-экономической географии Верхневолжья: Калинин, 1983. С. 80–93.

Literatura

1. *Alekseev A.I.* Geografiya sfery' obsluzhivaniya: osnovny'e ponyatiya i metody': ucheb. posobie / A.I. Alekseev, S.A. Kovalev, A.A. Tkachenko. Tver': Tver. gos. un-t, 1991. 117 s.
2. *Baranovskij I.Yu.* Territorial'naya organizaciya sfery' medicinskogo obsluzhivaniya naseleniya Smolenskoj oblasti: avtoref. dis. ... kand. geogr. nauk po special'nosti 25.00.24. М., 2010. 20 с.
3. *Vasil'eva O.E.* Territorial'naya organizaciya medicinskogo obsluzhivaniya naseleniya v Respublike Bashkortostan: avtoref. dis. ... kand. geogr. nauk po special'nosti 25.00.24. М., 2011. 22 с.
4. Gosudarstvennaya programma Rossijskoj Federacii «Razvitie zdравоохraneniya». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info> (data obrashheniya: 10.05.2019).
5. Zdravоохranenie // Regiony' Rossii. Social'no-e'konomicheskie pokazateli: sb. st. М.: Rosstat, 2018. S. 359–405.
6. Zdravоохranenie v Rossii. 2017: sb. st. М.: Rosstat, 2017. 170 s.
7. Nacional'ny'j atlas Rossii: v 4 t. T. 3. Naselenie. E'konomika / M-vo transporta RF, Feder. agentstvo geodezii i kartografii; red. kol.: I.E. Levitin (pred.); A.V. Borodko, V.N. Aleksandrov i dr. М.: Roskartografiya, 2008. 495 s.

8. Rekomendacii po raschetu regional'ny'x normativov obespechennosti zhitelej sela zhil'em, uslugami i kul'turno-by'tovy'mi ob''ektami v usloviyax mnogoukladnoj e'konomiki / V.V. Kuznecov, Yu.M. Nagornov, O.V. Shul'gina i dr. Rostov n/D.: Molot, 1993. 52 s.

9. *Shul'gina O.V.* Zakonomernosti territorial'noj organizacii sel'skogo zdravooxraneniya v melkoseleenny'x rajonax Nechernozem'ya. Na primere Kalininskoj oblasti // Voprosy' social'no-e'konomicheskoy geografii Verxnevolzh'ya. Kalinin, 1985. S. 52–63.

10. *Shul'gina O.V.* Sravnitel'ny'j analiz urovnya i territorial'noj organizacii zdravooxraneniya v sel'skoj mestnosti Kalininskoj oblasti // Voprosy' social'no-e'konomicheskoy geografii Verxnevolzh'ya: Kalinin, 1983. S. 80–93.

O.V. Shulgina

The Geographical Features of the Development Medical Care of the Population in Russia

The article deals with the geographical features of the health care system in Russia. The factors affecting the territorial differentiation of the main indicators of health care of the population, as well as regional patterns of morbidity, mortality, life expectancy, availability of medical institutions were identified. The tendencies of changes of these parameters at the beginning of the XXI century statistical and cartographic methods of research.

Keywords: geographical features; geography of service sector; factors of development; territorial organization; health care system; historical and geographical understanding.