

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Коноваленко Анастасия Владиславовна

студент Санкт-Петербургского национального исследовательского университета информационных технологий, механики и оптики, РФ, г. Санкт-Петербург

Королева Лада Александровна

научный руководитель, доц. Санкт-Петербургского национального исследовательского университета информационных технологий, механики и оптики, РФ, г. Санкт-Петербург

Результаты деятельности любой системы здравоохранения оцениваются по показателям здоровья населения и демографическим показателям, в т. ч. по ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и общему коэффициенту смертности (ОКС). Национальный проект «Здоровье», проводимый в период с 2005 по 2008 г. улучшил социально-экономическую обстановку в стране и снизил величину ОКС на 9 % (с 16,1 до 14,6), что сохранило около 450 тысяч жизней. Однако, в период 2008—2010 гг. величина ОКС менялась уже не столь значительно и снизилось всего на 3 % (с 14,6 до 14,2). Это в основном связано с кризисом 2008—2009 г. и стагнацией государственного финансирования здравоохранения [3].

Однако в 2011 г. в связи с увеличением финансирования здравоохранения за счет увеличения страховых взносов в ОМС наметился существенный прогресс в уменьшении смертности населения. ОКС в 2011 году снизился на 5 % по сравнению с 2010 годом (с 14,2 % до 13,5 %).

Следует также отметить, что в результате реализации программ Минздравсоцразвития РФ в период с 2008 по 2011 г. были достигнуты следующие положительные результаты по другим демографическим показателям: ожидаемая продолжительность жизни граждан Российской Федерации достигла в 2011 г. 70 лет; впервые за многие годы был обеспечен рост численности россиян до 143 млн. человек; смертность от болезней кровообращения снизилась на 6,2 %, от туберкулеза на — 7,4 %, от ДТП — на 5,6 %, от новообразований — на 1 %. Также продолжает снижаться младенческая смертность, в 2011 г. этот показатель составил — 7,3 на 1 тыс. родившихся живыми, а в 23 регионах страны младенческая смертность сопоставима с уровнем стран ЕС (данные из доклада министра здравоохранения и социального развития «Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2011 г. и задачах на 2012 г.»).

Несмотря на позитивные тенденции рейтинг России по показателям уровня здравоохранения очень низок. Американское агентство финансово-экономической информации Bloomberg представило рейтинг стран мира по показателю эффективности систем здравоохранения в 2014 году на основании данных Организации Объединённых Наций, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка.

В основу рейтинга включаются три ключевых показателя эффективности системы здравоохранения: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в процентах от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения (в долларах США) [1].

В исследование были включены показатели 51 страны. Эксперты пришли к выводу, что наиболее эффективную систему здравоохранения имеет Сингапур (78,6 баллов). Средняя

продолжительность жизни в Сингапуре составляет 82,1 год, а стоимость медицинских услуг на душу населения — 2,426 доллара, доля расходов на здравоохранение составляет 4,5 % от ВВП. Второе, третье, четвертое и пятое места в рейтинге занимают Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея. Следом за ними идут Австралия, Израиль, Франция, Объединённые Арабские Эмираты и Великобритания. Мексика и Эквадор заняли 12 и 13 места, но следует заметить, что это обусловлено низкой стоимостью предоставляемых медицинских услуг, а не их качеством. Соединенные Штаты заняли лишь 44 место, несмотря на то, что в этой стране самые высокие затраты на здравоохранение.

Россия занимает последнее 51 место в этом рейтинге. При этом ранее Россия не была представлена в рейтинге вообще в связи с низкой продолжительностью жизни. В таблице 1 представлены показатели объема государственных расходов на здравоохранение разных стран.

Таблица 1.

Государственные расходы на здравоохранение по странам мира (в процентах от ВВП)

	Год	Расходы на здравоохранение		Год	Расход здравоохр
Россия	2012	3,6	Армения	2012	1,6
Европа			Индия	2011	1,2
Австрия	2010	8,5	Казахстан	2012	2,4
Беларусь	2012	3,9	Киргизия	2012	3,7
Бельгия	2010	8	Китай	2011	2,9
Болгария	2010	3,7	Республика Корея	2011	4,1
Венгрия	2010	5,1	Таджикистан	2012	1,9
Германия	2010	9	Турция	2010	5,1
Дания	2010	9,7	Япония	2011	7,4
Италия	2010	7,4	Африка		
Латвия	2010	4,1	Алжир	2011	3,2
Нидерланды	2010	9,5	Египет	2011	2
Норвегия	2010	8	Южно-Африканская Республика	2011	4,1
Польша	2010	5,4	Америка		
Республика	2012	5,4	Аргентина	2011	4,9
Молдова					
Соединенное	2010	8,1	Бразилия	2011	4,1
Королевство					
(Великобритания)			Канада	2011	7,9
Украина	2012	4,1	Мексика	2011	3
Финляндия	2010	6,7	США	2011	8,2
Франция	2010	9,3	Австралия и Океания		
Швеция	2010	7,8	Австралия	2011	6,2
Эстония	2010	4,8	Новая Зеландия	2011	8,4
Азия					
Азербайджан	2012	1,1			

Безусловно, несмотря на значительную динамику финансирования и оптимизацию системы здравоохранения, в России основные показатели функционирования этой системы оставляют желать лучшего.

Интерес в оценке уровня обеспеченности населения медицинскими услугами представляет такой показатель, как численность населения на одну койку. В 2011 году в России это показатель составил 106 чел./койку, что гораздо ниже, чем в других странах.

Расходы на здравоохранение в РФ в сравнении с другими государствами малы: Россия тратит почти вдвое меньше, чем США, Франция, Великобритания, Канада, Япония, затраты которых составляют 7,1—7,9 % ВВП. В России в 2011 г. государственные расходы на здравоохранение оцениваются в 1,7 трлн. руб., что составляет 4 % от ВВП и в 1,5 раза ниже, чем в среднем в «новых» странах Евросоюза (в среднем — 6 % ВВП). Это при том, что эти страны имеют близкий к РФ ВВП на душу населения в год — около 20 тыс. долларов [1].

России так и не удалось увеличить объем финансирования здравоохранения до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения. По оценке этой организации Россия сегодня по финансированию здравоохранения находится на 70-м месте в мире и по эффективности здравоохранения на 130-м месте. Наблюдается отставание и от многих стран Восточной Европы (стран с переходной экономикой). Например, в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии государственные расходы составляют 3,7—6 % ВВП [2].

В большинстве развитых стран финансирование расходов на здравоохранение осуществляется преимущественно за счет средств государства, а в отдельных субъектах имеет место только бюджетное финансирование. Причем даже в США с и развитой системой частного медицинского страхования и платной медициной государственные расходы на реализацию целевых программ, в соответствии с которыми оказывается медицинская помощь бедным, а также пожилым гражданам, превышают частные расходы. Однако в России в структуре расходов на здравоохранение существенное значение имеет бюджет ФОМС. В ближайшие годы он будет расти. Доходы ФОМС вырастут с 1 трлн. рублей в 2013 г. до 1,2 трлн. в 2014 г. Увеличение доходов фонда произошло за счет пересмотра тарифа страхового взноса с 3,1 до 5,1 %.

Не менее серьезным пороком российской системы здравоохранения является неэффективность механизма распределения средств бюджетов публично-правовых образований и государственных внебюджетных фондов. Зачастую средства не доходят до своих получателей, либо используются не по целевому назначению. Система здравоохранения, наряду со сферой образования, по мнению экономических аналитиков, являются самыми коррумпированными.

Для выхода из этого тяжелейшего кризиса нужен целый комплекс серьезных мер, включающий разработку концепции долгосрочного развития отечественного здравоохранения и полноценной правовой базы, в том числе закона «О государственных гарантиях оказания медицинских услуг», создание единой системы стандартов оказания медицинских услуг и лекарственной помощи [5].

Обобщим основные проблемы отечественной системы здравоохранения:

1. *Недостаточное финансирование государственной системы здравоохранения.* Недофинансирование влечет за собой отсутствие достойной оплаты труда медперсонала и недостаточное обеспечение населения бесплатными лекарствами, невозможность соблюдения современных стандартов лечения и обеспечения больниц современным оборудованием и расходными материалами.
2. *Дефицит медицинских кадров и его структура.* Это явление сказывается на пропускной способности сети здравоохранения. В 2012 году обеспеченность врачами на 1 тыс. населения составляет 4,9 человека, что практически в два раза меньше, чем

требуется в соответствии с нормами ВОЗ. В последующие пять лет эксперты прогнозируют существенный дефицит медицинского персонала в РФ в связи с низкой оплатой труда — заработная плата медицинских кадров в среднем ниже на 20 % в сравнении с общероссийским показателем. Сравнение уровня оплаты труда врачей в Российской Федерации с аналогичным показателем в «новых» странах Евросоюза не в пользу России: российские врачи получают в 1,5—2 раза ниже своих зарубежных коллег.

Дефицит медицинских кадров станет следствием повышения доли врачей пенсионного и предпенсионного возраста (порядка 50 %) и демографическим кризисом, ударившим по количеству выпускников вузов. Другим фактором низкого воспроизводства кадров в медицине является низкий уровень оплаты преподавателей медицинских вузов (примерно 15—20 тыс. руб. в месяц).

3. *Недостаточная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи.* Эта проблема проявляется в низком по сравнению с развитыми странами качестве медицинской помощи (у России хуже, чем в среднем в странах ОЭСР, показатели выживаемости больных раком молочной железы, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, коэффициент внутрибольничной летальности).
4. *Несоответствие нормативных объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий потребностям населения РФ.* В результате этого возникают очереди в поликлиниках и больницах, низкая доступность лекарственных препаратов и обследования и лечения с помощью современной медтехники. Нормативы объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий в период с 2000 по 2011 г. не изменились, или даже уменьшились по некоторым видам помощи, в то время, как заболеваемость населения выросла за этот период примерно в 1,5 раза.

В развитых странах все нуждающиеся получают эти лекарственные средства за счет государства. Население РФ недостаточно обеспечено бесплатными лекарствами, предоставляемыми по рецепту врача в амбулаторных условиях и поликлиниках, даже инвалиды (а это примерно 13 млн. чел.) и граждане, имеющие право на бесплатные лекарственные средства, не всегда могут получить их,

5. *Низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи.* В «новых» странах ЕС численность операций по восстановлению проходимости сосудов сердца (реваскуляризация) в 5 раз выше, чем в России, гемодиализа — в 4 раза выше, операций эндопротезирования коленного и тазобедренного сустава — в 6,5 раза выше. Это говорит о том, что объемы высокотехнологичной медпомощи по России необходимо увеличить как минимум в 3 раза.
6. *Низкая эффективность управления сферой здравоохранения на всех уровнях.* В свою очередь, можно отметить следующие причины неэффективности. Это отсутствие стратегического планирования и ответственности руководителей за достижение результатов (например, ежегодные отчеты) по показателям, которые приняты в развитых странах, например, показатели качества медицинской помощи и ее безопасности. Это нерациональное распределение государственных средств. Так, в государственных программах делается акцент на плохо контролируемые, инвестиционные расходы (например, строительство и закупка дорогостоящего оборудования) вместо развития кадрового потенциала, квалификации медицинских кадров и профилактики населения. Это недостаточное использование таких инструментов управления, как конкуренция по критериям качества при закупках оборудования для медицинской помощи у поставщиков, составление рейтингов лечебно-профилактических учреждений, экономическое стимулирование для достижения поставленных целей.

Итак, отрицательными факторами и условиями развития сферы здравоохранения следует считать несовершенство системы управления, недостаток системы планирования; острая нехватка бюджетных ассигнований; неоправдавшиеся надежды на введенное обязательное медицинское страхование; несовершенная инфраструктура медицинской помощи, недостаток

функционирования основных ее звеньев.

Список литературы:

1. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887> (Дата обращения: 15.05.2015).
2. Банан С.А. Здравоохранение: вопросы финансирования и пути решения. — М.: Экономика № 3 (19). 2012.
3. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Журнал «Вестник Росздравнадзора» № 2 2012 г. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.remedium.ru/section/detail.php?ID=52541> (Дата обращения: 28.05.2015).
4. Статистический сборник: здравоохранение РФ в цифрах — 2013 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm (Дата обращения: 28.05.2015).
5. Федеральный закон от 28 августа 1995 г. № 154-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».