

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Махнова Н.А.¹

¹Аспирант, ФГОБУ ВПО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Москва, Россия, (125993, Москва, Ленинградский проспект, 49), e-mail:ancientowl@yandex.ru.

В данной статье рассматриваются основные направления реформы системы здравоохранения в России на современном этапе развития. На основе анализа нормативно-правовых актов и работ, ведущих экспертов в данной отрасли, выделены основные проблемы сферы и возможные пути их решения. К основным проблемам здравоохранения относятся: недостаточный объем государственного финансового обеспечения системы здравоохранения и медицинской помощи, несовершенство нормативной и правовой базы в сфере разграничения платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи гражданам, защиты пациентов от врачебных ошибок. Особо остро на данный момент, на наш взгляд, стоит проблема недофинансирования отрасли. Так, уровень финансового обеспечения отрасли России до сих пор не соответствуют рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, что, в свою очередь, оказывает негативное влияние на качество предоставляемых медицинских услуг населению страны.

Ключевые слова: система здравоохранения России, реформа здравоохранения, проблемы здравоохранения, основные тенденции в здравоохранении.

MAIN TENDENCIES IN THE DEVELOPMENT OF RUSSIAN HEALTHCARE

Makhnova N.A.¹

¹Post-graduate student, FGOBU VPO "Financial University under the Government of the Russian Federation", Moscow, Russia, (125993, Moscow, Leningradsky Prospect, 49) e-mail:ancientowl@yandex.ru.

As the title implies the article describes the main directions of the healthcare reform in Russia at the modern stage of development. Attempts are made to analyze and formulate the major problem areas and possible ways of their solution on basis of normative legal acts and views of leading experts in the field. So there're three main problems of Russian healthcare: insufficient financing of the branch, the imperfection of the normative and legal base in the sphere of delimitation of paid medical services and free medical care to citizens, protection of patients from medical errors. It should be stressed that especially acute problem of underfunding the healthcare system. The Russia's level of expenditures on health doesn't meet the recommendations of the World Health Organization (WHO). And it has a negative impact on the quality of provided medical services to the population of our country.

Keywords: Russian system of healthcare, healthcare reform, healthcare issues, main tendencies in healthcare.

Введение

Как известно, здоровье человека зависит от множества факторов (экологическая обстановка, условия жизни и т.д.), среди которых особое место принадлежит сфере здравоохранения. Данная отрасль выполняет одну из важнейших функций, которая заключается в «обеспечении сохранения и улучшения общественного здоровья путем оказания высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи»[1], что, в свою очередь, способствует росту национального дохода страны и требует значительных затрат. Состояние же здравоохранения, перспективы его развития и совершенствования во многом определяются вектором реформы системы здравоохранения (РСЗ). Так, современное положение дел в здравоохранении России можно оценить как неудовлетворительное. Высокий уровень смертности населения (см. таблицу 1), неудовлетворенность качеством

медицинских услуг («лишь 35,4% населения удовлетворены уровнем предоставляемой медицинской помощи»[8]) и недостаточный уровень финансового обеспечения как отрасли в целом, так и в части территориальных программ («в 2012 году в 66 регионах дефицит составил 164 млрд. рублей»[8]) – все это свидетельствует о наличии в данной сфере целого комплекса проблем.

Таблица 1.

Рождаемость, смертность и естественный прирост населения России [16]

Годы	Всего, человек			На 1000 человек населения		
	родившихся	умерших	естественный прирост	родившихся	умерших	естественный прирост
	Все население					
1950	2745997	1031010	1714987	26,9	10,1	16,8
1960	2782353	886090	1896263	23,2	7,4	15,8
1970	1903713	1131183	772530	14,6	8,7	5,9
1980	2202779	1525755	677024	15,9	11,0	4,9
1990	1988858	1655993	332865	13,4	11,2	2,2
1995	1363806	2203811	-840005	9,3	15,0	-5,7
2000	1266800	2225332	-958532	8,7	15,3	-6,6
2001	1311604	2254856	-943252	9,0	15,6	-6,6
2002	1396967	2332272	-935305	9,7	16,2	-6,5
2003	1477301	2365826	-888525	10,2	16,4	-6,2
2004	1502477	2295402	-792925	10,4	15,9	-5,5
2005	1457376	2303935	-846559	10,2	16,1	-5,9
2006	1479637	2166703	-687066	10,3	15,1	-4,8
2007	1610122	2080445	-470323	11,3	14,6	-3,3
2008	1713947	2075954	-362007	12,0	14,5	-2,5
2009	1761687	2010543	-248856	12,3	14,1	-1,8
2010	1788948	2028516	-239568	12,5	14,2	-1,7
2011	1796629	1925720	-129091	12,6	13,5	-0,9
2012	1902084	1906335	-4251	13,3	13,3	0,0

Методы исследования: экспертный, статистический и сравнительный анализы.

Цель исследования

Целью данной статьи является анализ основных направлений реформы здравоохранения России, выявление имеющихся проблем и вариантов их решений.

Результаты исследования

Для начала рассмотрим, какие изменения произошли в ходе РСЗ в последнее время.

Согласно Концепции развития здравоохранения до 2020 года (КРЗ) к задачам РСЗ относятся переход до 2016 года на одноканальное финансовое обеспечение отрасли (ОФО) и внедрение подушевого принципа оплаты медицинской помощи. Так, в соответствии с пп.3 п.2 ст.12 Федерального закона от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в

Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» (212-ФЗ), с первого января 2012 года все 5,1% от фонда оплаты труда (взносы на ОМС) аккумулируются в федеральный фонд ОМС (ФФОМС), а впоследствии перераспределяются в территориальный фонд ОМС (ТФОМС). Это было сделано с целью обеспечения выравнивания тарифов по ОМС, благодаря которому планируется достичь сбалансированности финансовых ресурсов и эффективной реализации базовой программы ОМС (БП ОМС) в субъектах РФ.[10] Причем, за счет средств системы ОМС будет финансироваться оказание населению таких видов помощи, как: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и высокотехнологичной специализированной медицинской помощи [5].

Кроме того, по некоторым оценкам рейтингового агентства «Эксперт РА», в ходе реформы произошло ужесточение финансовых условий работы страховых медицинских организаций (СМО), которое проявляется [2, с. 5]:

- 1) в увеличении с 1 января 2012 года минимального уровня уставного капитала с 30 до 60 млн. рублей [12] (в 2011 году 28 из 98 СМО [7] не соответствовало новым требованиям к капиталу);
- 2) в сокращении инвестиционных доходов (с 2012 года СМО может получать инвестиционные доходы лишь от вложения собственных средств);
- 3) в ограничении средств на ведение дела (согласно п.18 ст. 38 326-ФЗ [11], норматив отчислений средств на ведение дела ограничивается интервалом от 1 до 2%. Для сравнения, в 2009 году норматив более 2% был установлен в 21 субъекте России) и др.

Следовательно, количество СМО сокращается: в 2010 году (до начала реформы) в системе ОМС работало 107 СМО [2, с. 5], а к концу 2012 года их число сократилось до 71 [16], что свидетельствует о снижении числа страховых организаций более чем на 34 %.

Одним из направлений РСЗ является также и повышение доступности медицинской помощи. С вступлением в силу Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» (326-ФЗ) граждане имеют право выбирать как страховую медицинскую организацию (СМО), так и медицинское учреждение, и врача независимо от места прописки.

Но какие проблемы еще предстоит решить?

Одной из самых серьезных проблем данной сферы является недостаточный объем государственного финансового обеспечения системы здравоохранения и медицинской помощи. Так, «в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)

минимально допустимый уровень государственных расходов на здравоохранение составляет не менее 6-7% валового внутреннего продукта страны (ВВП)». [5, с. 8] В России данный показатель по сравнению с ОЭСР ниже практически в 2 раза (см. таблицу 2). И в то же время уровень смертности в РФ превышает средний по ОЭСР также в 2 раза. Следовательно, существует необходимость разработки мер способствующих решению проблемы финансирования отрасли.

Таблица 2.

Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение, 2010 [3]

Страна	Объем расходов на здравоохранение, % к ВВП	Страна	Объем расходов на здравоохранение, % к ВВП
Дания	9,7	Швеция	7,8
США	9,5	Япония	7,8
Нидерланды	9,4	Исландия	7,6
Франция	9,3	Португалия	7,5
Германия	9,0	Испания	6,9
Австрия	8,5	Словения	6,9
Новая Зеландия	8,4	Швейцария	6,8
Великобритания	8,1	Чили	6,6
Норвегия	8,0	Ирландия	6,4
Бельгия	8,0	Греция	6,1
Канада	8,0	Россия	3,2

В качестве таких мер в настоящее время выступает КРЗ. В рамках данной концепции планируется увеличить расходы на здравоохранение до рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения уровня в 6% к 2020 году. Так, в последнее время в нашей стране, как видно из таблицы 3, наметилась незначительная, но все же положительная тенденция в данной области. В 2012 году по сравнению с 2010 годом объем финансового обеспечения отрасли увеличился более чем на 16 %.

Таблица 3.

Расходы бюджетной системы России на здравоохранение, в % к ВВП [16]

	2011	2012
Консолидированный бюджет РФ и бюджетов государственных внебюджетных фондов	3,5	3,6
в том числе:		
федеральный бюджет	0,9	1,0
бюджеты государственных внебюджетных фондов	0,6	1,5
консолидированные бюджеты субъектов РФ	2,1	2,2

Вторая проблема заключается в разграничение бесплатной и платной медицинской помощи. Конституционная норма обеспечения государственных гарантий гражданам бесплатной медицинской помощи не выполняется в полном объеме, а предоставляемые населению платные медицинские услуги и помощь в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС) не являются дополнительными к гарантируемым государством объемам бесплатной медицинской помощи. Кроме того, на практике потребители медицинских услуг сталкиваются с ситуациями, когда одна и та же медицинская услуга, которая должна предоставляться в рамках бесплатной помощи, может быть оплачена несколько раз (бюджетными ассигнованиями, средствами ОМС, из личных средств граждан). При этом качество медицинской помощи остается на прежнем уровне [6, 7].

Следовательно, эффективность реализации принципов государственной помощи при развитии ДМС находится на достаточно низком уровне. Так, согласно исследованию Национального агентства финансовых исследований, в 2011 году «только 6% россиян застрахованы по программам ДМС. Это в 3 раза меньше, чем пять лет тому назад, и почти в два раза – в сравнении с показателями семилетней давности. В предкризисный же период сфера добровольного медицинского страхования развивалась весьма динамично: в 2005 году 11% россиян имели полис ДМС, а в 2007 – уже 18%» [6, с. 17].

И, наконец, третья, не менее важная проблема, имеющая место в данной отрасли, – это проблема защиты пациентов от врачебных ошибок. В настоящий момент, если пациент или его родственники (в случае смерти) полагают, что имела место быть врачебная ошибка, они вынуждены доказывать это, например, путем обращения: в правоохранительные органы, к руководству больниц или в управления (департаменты, министерства) здравоохранения. Задача данных органов заключается в выявлении нарушений при оказании медицинской помощи. Однако на практике добиться мотивированного и объективного заключения экспертов достаточно сложно [15].

Ежегодно в России совершается от 40 до 50 тыс. врачебных ошибок и подается в суд около 400 исковых заявлений на медицинские учреждения (пациенты выигрывают лишь две трети дел). Причем максимальная компенсация на данный момент – за смерть клиента клиники – составляет 2 млн. рублей, а в случае получения инвалидности – от 500 тыс. до 1,5 млн. рублей [9, 13]. В США, например, жертвами врачебных ошибок ежегодно становятся 40-87 тыс. американцев (показатель превышает данные по погибшим от СПИДа), а ежегодный экономический ущерб приравнивается к государственному бюджету РФ.

Ответственность за такого рода ошибки несут, в первую очередь, медицинский персонал, по вине которого имел место инцидент. С другой стороны, такие организации как страховые компании (СК) и фармацевтические фирмы (ФФ), также в большинстве случаев обязаны выплачивать огромные компенсации пострадавшим пациентам. В то же время СК и ФФ имеют право предъявить регрессные иски медицинскому учреждению, результатом которых может стать решение о прекращении деятельности данного медицинского учреждения.[4]

Таким образом, выходом из сложившейся ситуации в России может стать внедрение саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников. Данная мера поможет, главным образом, решить проблему защиты пациентов от врачебных ошибок, тем более что в рамках КРЗ вопрос защиты пациентов не затрагивается. Сейчас «в России работает преимущественно административная система управления здравоохранением, в то время как во многих странах наряду с министерствами мощную роль играют профессиональные медицинские ассоциации (например, Немецкая врачебная Палата, аналогичные ассоциации в Японии, Франции, США, Италии, Австрии, Польше и в других странах). Эти организации регулируют профессиональную деятельность – взаимоотношения между медицинскими работниками, врачами и пациентами, разбирая до 80% всех жалоб на досудебном уровне, – обеспечивают повышение уровня подготовки и переподготовки кадров...» [14].

Выводы

Основываясь на анализе нормативно-правовых актов и работ, ведущих экспертов в данной отрасли, на наш взгляд, вполне обоснованы следующие направления совершенствования здравоохранения [1, 2, 5, 6, 14, 17, 18]:

- 1) в целях улучшения ситуации, касающейся финансового вопроса, необходимо продолжать внедрение в субъектах РФ системы планирования, основанные на программно-целевых методах, что в свою очередь будет способствовать более эффективному использованию финансовых ресурсов;
- 2) необходимо разработать методическое обеспечение управления изменениями в системе здравоохранения на уровне регионов;
- 3) для повышения качества оказываемых услуг необходимо проработать и законодательно закрепить перечень бесплатной и платной помощи, четко разграничивающий данные виды медицинской помощи;
- 4) качественное улучшение оказания медицинской помощи в РФ может быть достигнуто и через внедрение саморегулирования профессиональной деятельности медицинских

работников и внесения соответствующих изменений в законодательство страны в области защиты прав потребителей медицинских услуг.

Список литературы

1. Ананьева Е.А. Теоретические аспекты финансового обеспечения здравоохранения // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. — 2007. - № 8. — С. 4-7.
2. Басова О., Комлева Н., Янин А. Медицинское страхование: курс на объединение ДМС и ОМС: аналит. обзор, 14.03.2012 // Бюллетень «ЭКСПЕРТ РА». URL: http://raexpert.ru/researches/insurance/med_insur/medstrah_oms_dms.pdf (дата обращения: 20.04.2012).
3. Всемирный банк, официальный сайт URL: <http://www.worldbank.org/eca/russian> (дата обращения: 10.03.2014);
4. Глашев А.А. Медицинское право. Практическое руководство для юристов и медиков: учеб. изд. — М.: «Волтерс Клувер», 2004. — 202 с.;
5. Горегляд В.П. Основные проблемы обеспечения доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации и способы их решения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. — 2011. - № 20 (432). — С. 7-12.
6. Еферица Т.В., Матасова И.М. Реформирование системы здравоохранения: разграничение бесплатной и платной медицины // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. — 2011. - № 20 (432). — С. 12-18.
7. Заключение Счетной палаты РФ на отчет об исполнении федерального бюджета за 2010 г. от 29.08.2011 № ЗСП-5/15-10. — [Электронный ресурс]. — URL: http://www.ach.gov.ru/userfiles/tree/zakl-2010-tree_files-fl-412.pdf (дата обращения: 25.03.2013).
8. Заседание Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи» от 30.07.2013. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.kremlin.ru/news/18973/print> (дата обращения: 10.03.2014);
9. Личные финансы [Электронный ресурс]. — URL: <http://ami-tass.ru> (дата обращения: 03.02.2014).
10. Лутовинова О. Перераспределяй и властвуй // Медицинский вестник. 29.10.2010. URL: http://www.medvestnik.ru/articles/pereraspredelyay_i_vlastvuy/ (дата обращения: 05.03.2014);
11. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ. — [Электронный ресурс]. — URL:

<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=160132> (дата обращения: 20.03.2014).

12. Об утверждении Стратегии развития страховой деятельности в Российской Федерации до 2020 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 22.07.2013 № 1293-р. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=150175> (дата обращения: 14.02.2014).

13. Пояснительная записка к проекту федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». — [Электронный ресурс]. — URL: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 15.02.2013).

14. Рошаль Л. Что такое саморегулирование профессиональной деятельности в здравоохранении? [Электронный ресурс] // НП «Национальная медицинская палата». — URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=611> (дата обращения: 10.03.2014).

15. Страхование ответственности врачей не решит проблем медицины [Электронный ресурс] // РосМедСтрах (медицинское страхование в России): сайт. — URL: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=666&offset=0&theme=10> (дата обращения: 07.02.2012).

16. Федеральная служба государственной статистики, официальный сайт URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 07.03.2014).

17. Чубарова Т.В. Финансирование здравоохранения в России: проблемы и решения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. — 2011. - № 20 (432). — С. 44-53.

18. Шубцова Л.В. Государственное антикризисное управление: системный подход // Национальные интересы: приоритеты и безопасность, научно-практический и теоретический журнал. — 2011. - №5 (98). — С. 11-19.

Рецензенты:

Шленов Ю.В., д.э.н., профессор, заведующий кафедрой «Управление и интегрированные маркетинговые коммуникации», РГУИТП, г. Москва.

Левин Ю.А., д.э.н., профессор кафедры «Управление и интегрированные маркетинговые коммуникации», РГУИТП, г. Москва.