

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Арбитаило И.Я.¹

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет» Финансово-экономический институт, Тюмень, arbitka@mail.ru

Современная система российского здравоохранения проходит сложный путь институциональных преобразований. . Изменения далеко не всегда сопровождались позитивными результатами, что в значительной степени отразилось на социальном самочувствии значительной части российских граждан, на их благополучии и здоровье. Это обстоятельство выводит проблемы здоровья населения в число одних из наиболее значимых и актуальных для современной России. Рассмотрены возможные последствия перехода на одноканальное финансирование отрасли здравоохранения. В статье излагаются результаты социологического (на основании опрашенных за данных 8 лет обследований: 4 волны, 2006-2013 гг.) и статистического исследований состояния здоровья населения и системы здравоохранения Тюменской области (юг, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа). Анализ проводился по ряду объективных и субъективных индикаторов: продолжительности жизни, оценок качества собственного здоровья, оценке удовлетворенности своим здоровьем, качества медицинской помощи в регионе проживания.

Ключевые слова: здравоохранение, качество здоровья, уровень и качество медицинской помощи, система здравоохранения в Тюменском регионе.

SOCIAL IMPLICATIONS OF HEALTH CARE REFOR

Arbitailo I.Y.¹

Tyumen State University, Financial and Economic Institute, Tyumen, arbitka@mail.ru

The modern system of the Russian health care is a complicated path of institutional change. . Changes are not always accompanied by positive results that significantly impact on the social wellbeing of a significant part of Russian citizens, on their well-being and health. This circumstance brings about health problems of the population among some of the most significant and relevant to modern Russia. The possible implications of the single-channel financing of the health sector. In the paper the results of the opinion (on the basis of the obtained data for 8 years surveys: 4 waves, 2006-2013,) and statistical studies of the health status of the population and the health system of the Tyumen region (South, Khanty-Mansi and Yamalo-Nenets Autonomous Okrug). The analysis was carried out on a number of objective and subjective indicators: life expectancy, quality assessments of their own health, the satisfaction rating their health, quality of health care in the region.

Keywords: health care, quality of health, the level and quality of medical care, the health care system in the Tyumen region

Внедрение с 1 января 2015 года одноканального финансирования вызывает немало споров об эффективности такого метода финансирования учреждений здравоохранения. В медицинском сообществе назревают открытые конфликты, выражающиеся в митингах и забастовках врачей, в связи с непринятием основных постулатов реформы здравоохранения. В 2013 году государственное финансирование здравоохранения составляло 3,7% валового внутреннего продукта (ВВП), при этом вклад средств обязательного медицинского страхования (ОМС) составлял около 60%, консолидированных бюджетов субъектов РФ — 24%, федерального бюджета — 16%. На сегодняшний момент большинство средств ОМС консолидируются на федеральном уровне — в Федеральном фонде ОМС (ФОМС), складываясь преимущественно из двух источников — взносов из бюджетов регионов на неработающее население, и взносов на работающее население, которые составляют 5,1% от

фонда оплаты труда [1]. Средства, которые аккумулируются в ФОМС, затем распределяются в территориальные фонды ОМС (ТФОМС). Дополнительно в эти территориальные фонды субъекты дают дотации, поскольку отмечена нехватка средств, распределенных на федеральном уровне. Так, из региональных бюджетов до 2015 года дотировались скорая медицинская помощь и расходы на содержание учреждений. Из средств ОМС сегодня оплачивается большинство видов медицинской помощи по программе государственных гарантий. За счет консолидированных бюджетов регионов сегодня оплачиваются скорая специализированная медицинская помощь и лечение социально значимых заболеваний, а также деятельность ряда медицинских учреждений.

В 2013 году государственные расходы на здравоохранение в РФ были в полтора раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (Венгрия, Польша, Словакия, Чехия), имеющих близкий с РФ уровень экономического развития (ВВП — 23-25 тыс. \$ ППС на душу населения в год). У них эти расходы составляют 5,4% ВВП (в РФ — 3,7% ВВП), что позволяет им уже сегодня иметь ожидаемую продолжительность жизни на пять лет выше, чем в РФ [1]. Нарастание разрыва обусловлено в первую очередь недостаточными темпами роста продолжительности жизни мужчин и высоким уровнем смертности. Тем не менее, безусловно, негативные демографические тенденции, установившиеся в РФ в период после 1990-х годов удалось преодолеть. Так, в 2011 г. в Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила 69,8 лет (64,0 лет мужчин, 75,6 лет женщин) увеличившись по сравнению с 2009 годом на 1,5 года. Ряд аналитиков, органы государственной статистики отмечают результативность реализуемых программ, направленных на создание наиболее комфортных условий для поддержания здоровья человека и минимизации факторов риска заболеваемости и преждевременной смертности. Показатели ожидаемой продолжительности жизни в Тюменской области примерно соответствуют общероссийскому уровню. В период с 2000 г. до 2012 г. выросла ожидаемая продолжительность жизни с 65,9 лет до 70,8 (мужчины – с 59,74 до 65,39 лет, женщины – с 72,76 до 76,24 года) [2].

Государственные расходы на здравоохранение из всех бюджетов (федеральный, ФОМС, консолидированный бюджеты субъектов РФ) по сравнению с 2013 годом в 2015-2017-х в постоянных ценах (2013 год — 100%) практически не вырастут и составят соответственно 2478 млрд и 2626 млрд руб. При этом расходы федерального бюджета с 2015 по 2017 год в постоянных ценах сократятся на 35% (с 515 млрд до 332 млрд руб.), а расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ сократятся на 7% (с 914,3 млрд до 847,7 млрд руб.) [3]. Не стоит забывать о расходах на повышение оплаты труда медицинского персонала в соответствие с указами президента которые были предусмотрены «дорожными картами» в 2015 году

Как следствие - обострение базовых проблем отрасли, без решения которых никакие другие действия будут неэффективны. Среди основных проблем: дефицит врачей первичного звена (40% от расчетного норматива), неудовлетворительное качество медицинской помощи (по ряду показателей оно в 3 раза хуже, чем в странах ЕС), недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет государственных средств (в 4,5 раза ниже, чем даже в «новых» странах ЕС), неэффективное управление (неверные приоритеты и неэффективное расходование имеющихся бюджетных средств) [1].

Рассматривая оценку населением медицинского обслуживания в Тюменском регионе, можно сделать вывод, что за весь период обследований доля тех, кто ответил: «В целом меня удовлетворяет медицинское обслуживание» (20-30%) выше общероссийского уровня (15-20%). Вместе с тем, по некоторым позициям фиксируется снижение доли позитивных оценок региональной системы здравоохранения. Почти две трети жителей региона отмечают «Трудно попасть к врачу, большие очереди», еще треть жителей региона отмечают «Врачи выписывают лекарства, которые трудно достать или они очень дорогие», и почти каждый пятый – «Советы, рецепты врачей редко помогают». Значимость перечисленных проблем выросла практически повсеместно – во всех трёх субрегионах Тюменской области (ХМАО, ЯНАО, юг). На юге Тюменской области повышена значимость ответов: ««Скорая помощь» обычно приезжает через несколько часов» (17% в 2013 г.) [2]. Об общих тенденциях, происходящих в сфере здравоохранения Тюменского региона, свидетельствует уменьшение числа больничных и амбулаторно-поликлинических организаций, постепенное уменьшение числа больничных коек. Несмотря на снижение числа медицинских учреждений и больничных коек, численность врачей в Тюменской области после 2000-го года ежегодно увеличивалась, составив к 2011 г. 18,6 тыс. человек, но далее рост прервался, и на конец 2013 г. составил 17, 9 тыс. врачей. В целом Тюменская область занимает 34 место среди регионов Российской Федерации по обеспеченности врачами всех специальностей. Данные свидетельствуют о ежегодно возрастающей нагрузке на врачей. В каждом из субрегионов, как и в целом по стране, на период 2013 г. показатель вырос и достиг своего максимума за последние 3 года. Осуществлённые в период 2006-2013 гг. инвестиции в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и реализуемая в настоящее время региональная программа модернизации здравоохранения обеспечили значительный качественный сдвиг в области сохранения и улучшения здоровья населения [4]. За рассматриваемый период удалось достигнуть снижения показателей заболеваемости и смертности населения, увеличения рождаемости и продолжительности жизни.

Однако ключевой проблемой по-прежнему является недостаточная обеспеченность отрасли квалифицированным персоналом. Динамика обновления технологий зачастую превышает динамику обновления программ подготовки и переподготовки специалистов. Зафиксировано ежегодное снижение числа амбулаторно-поликлинических организаций на фоне остающейся на высоком уровне мощности медицинских организаций. Рассматривая показатели количества больничных коек и численности населения на одну больничную койку, следует отметить ежегодное возрастание потребности в получении больничной койки при ежегодном уменьшении их количества. Вместе с тем вполне очевидно, что по сравнению с западными странами в Тюменском регионе, как и в России в целом, объем стационарной помощи очевидно завышен, потому что часть коек выполняют в действительности социальную функцию: в больницу кладут пожилых родственников, за которыми некому присматривать, а также бомжей, бездомных, отказных детей, что говорит об объективной необходимости не столько самого лечения, сколько – социальной помощи. С каждым годом нагрузка на одну больничную койку увеличивается, что находит своё отражение также и в общественном мнении: в среднем порядка 9-11% процентов опрошенного населения отмечают ежегодно о своей неудовлетворенности трудностями получения места в больнице (на юге Тюменской области - 11% в 2013 г.; по 9% в ХМАО и ЯНАО в 2013 г. от числа опрошенных). Показано, что достаточно высокая загруженность коечного фонда в Тюменском регионе обусловлена не столько низкой активностью первичного звена здравоохранения, сколько недостаточной развитостью системы санаторно-курортного обеспечения, санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) [5].

Главная проблема сегодняшнего дня в медицине – в том, что денег на бесплатную медицину катастрофически не хватает. Средства в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) сопряжены с качеством услуг, оказанных на деньги ФОМС, которые строго контролирует страховая компания. Другая острая проблема – поиск реальных инвесторов, готовых вкладываться в медицинский бизнес. Так, имеющийся сейчас недостаток врачей могут восполнить коммерческие медицинские центры, которые теперь оказывают услуги застрахованным по ОМС. Частные клиники готовы работать по государственным тарифам с ОМС – с тем, чтобы загрузить свои мощности, но частные клиники не готовы инвестировать в расширение мощностей, потому что большие инвестиции за счет ОМС не окупить хотя бы из-за того, что тарифы ОМС почти на порядок, чем цены на медицинские платные услуги. Проблемы рентабельности и прибыльности ОМС для частной клиники как никогда актуальна и поиски путей их решения – в эффекте

масштаба: частные клиники заинтересованы в работе с ОМС, но объем услуг, которые они могут оказать, лимитирован административными барьерами.

Работа выполнена при поддержке фонда РГНФ, проект № 12-03-00304 а

Список литературы

1. Критики реформы здравоохранения. Режим доступа.- <http://netreform.org/tag/kritika-reformyi-zdravoohraneniya/>
2. Социокультурная эволюция и динамика социально-экономического развития Тюменского региона / Коллективная монография / Составление и общая редакция Г.Ф. Ромашкиной, В.А. Давыденко. – Тюмень, Тюменский государственный университет, 2013 г. – 333 с.
3. Российское агентство медико-социальной информации. Режим доступа.- <http://ria-ami.ru/read/13077>
4. Единая межведомственная информационно-статистическая система. Режим доступа.- <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do>
5. Федеральная служба государственной статистики. Регионы России. Социально-экономические показатели. Режим доступа.- http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_14p/Main.htm

Рецензенты:

Ромашкина Г.Ф., д.соц.н., профессор, заместитель директора Финансово-экономического института по научной работе ГОУ ФГБОУ ВПО «Тюменский Государственный Университет», г. Тюмень;

Давыденко В.А., д.соц.н., профессор, руководитель магистерской программы по менеджменту направления «Маркетинг» Финансово-экономического института ГОУ ФГБОУ ВПО «Тюменский Государственный Университет», г. Тюмень.