УДК 330:61

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРЕОБРАЗОВАНИЯ И ПУТИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

К.О. ЛИТВИНСКИЙ,
кандидат экономический наук, доцент кафедры мировой экономики и менеджмента, Кубанский государственный университет
e-mail: litvinsky@econ.kubsu.ru

Е.В. ШИШИГИНА,
экономист, ООО «Юг и К». г. Краснодар.
e-mail: shishigina.94@mail.ru

Аннотация

В последнее время в России отрицательное значение приняли рождаемость, продолжительность жизни, сокращается финансирование медицины государством. Авторы пришли к выводу, что самым ярким нововведением стало разрешение использовать платные услуги в бюджетных медицинских учреждениях и предположили, что в дальнейшем их количество будь значительно увеличиваться. Но проведенный соцопрос выявил, что не все граждане готовы к тому, что здравоохранение станет полностью платным.

Ключевые слова: *система здравоохранения, финансирование, государственное регулирование, социально-экономическое развитие.*

Становление системы здравоохранения начинается с Древней Руси: пришедшие на русскую землю монахи с Византии принесли с собой представление о врачевании. С этого времени здравоохранения проходило через множество преобразований: от церковного врачевания до организованных больниц (манифест Екатерины Второй 1775 г.), от Совета Народных Комиссариатов до Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Нужно отметить, что в 90-е гг. XX в. в России впервые было разрешено оказывать платное медицинское обслуживание в бюджетных медицинских учреждениях.

На данный момент в России реализуется Концепция развития здравоохранения до 2020 г. Она разработана на основе Конституции РФ, федеральных законов и иных нормативно-правовых актов государства в области здравоохранения с учетом отечественного и зарубежного опыта. В основе Концепции модернизации здравоохранения лежит национальный проект «Здоровье», реализуемый с 2006 г. Суть данного проекта: повысить уровень материально-технического и кадрового обеспечения, увеличить финансирование здравоохранения в год на 10%. Но фактически, государство платит по долгам, которые накопились за последние 10 лет при финансировании здравоохранения по остаточному принципу (рис. 1). Из рисунка 2 мы видим, что по сравнению с развитыми странами расходы на здравоохранение в РФ значительно ниже.

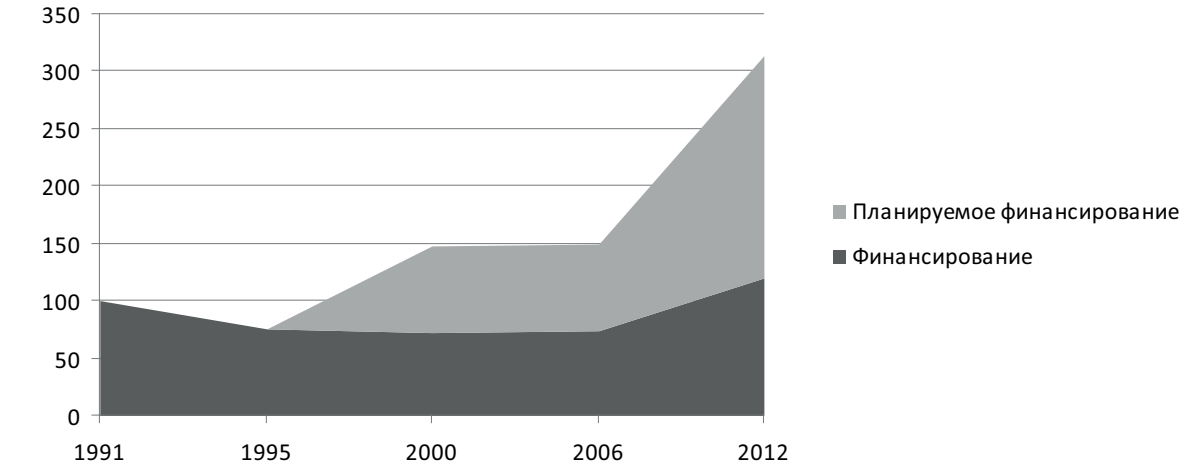


Рис.1. Планируемое и фактическое финансирование здравоохранения [10]

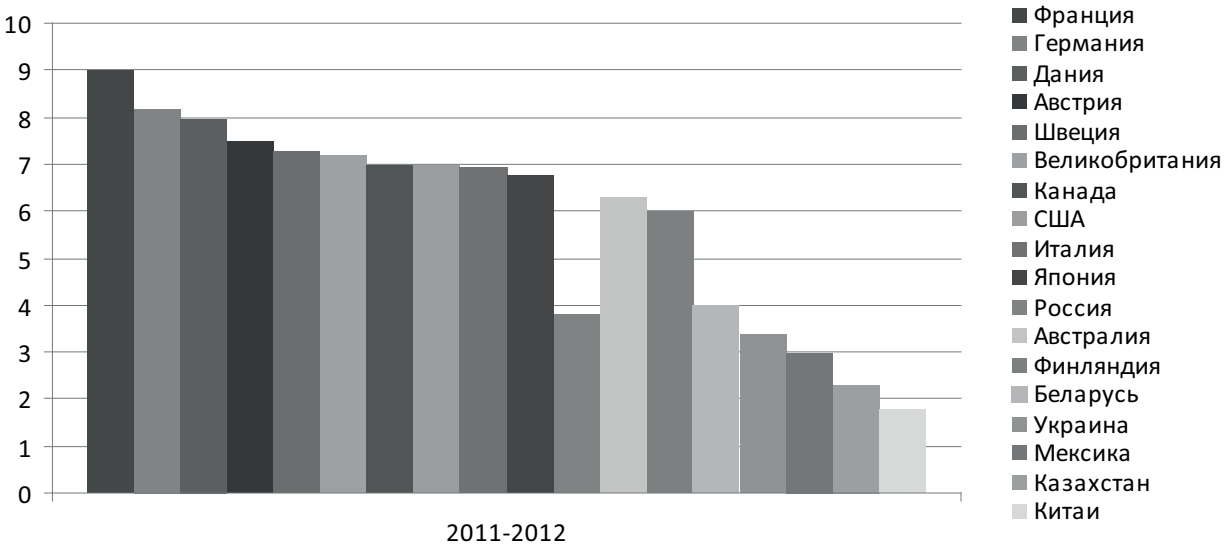


Рис.2. Расходы на здравоохранение по странам мира, % от ВВП [5]

За годы реализации национального проекта, несмотря на большие вложения государства в здравоохранение, видимых улучшений в финансовой доступности медицинских услуг не произошло. Процесс нарастания платности медицинской помощи продолжается, наблюдается рост государственных расходов и расходов населения. Из рисунков 3, 4 мы видим, что население в России не стало меньше болеть, у многих здоровье не только не изменилось, а даже ухудшилось.

Ухудшение здоровья нации – следствие постоянно снижающихся государственных затрат на здравоохранение. Финансирование здравоохранения имеет в Российской Федерации два основных источника: бюджет и обязательное медицинское страхование (ОМС). ОМС состоит из части финансовых резервов государства. Мы выяснили, что цель государства на данный момент – расширить источники финансирования. Самым привлекательным оказалось добровольное медицинское страхование (ДМС). ДМС не является ни соплатежом населения, ни платными услугами, находится между двумя этими категориями. Государство ищет новые источники финансирования для того, чтобы со временем снизить государственное финансирование, либо полностью его отменить.

Правительство России не может на данный момент в полной мере сформировать систему

финансирования медицинских учреждений на основе стандартизации медицинской помощи при ориентире на конечный результат. Требуется постепенный переход к финансовой системе на основе страхового принципа (финансирование совершается посредством нормативных отчислений из фонда оплаты труда всех организаций).

Законы – первичные регуляторы, усиливавшие воздействие на организацию управления системы здравоохранения в процессе реформирования. Так, с 1 января 2009 г. в соответствие с Федеральным законом от 23 июля 2008 г. № 160-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием осуществления полномочий Правительства РФ» Правительство РФ передает полномочия уполномоченным органам. Гарантами проведения реформ становятся не только Правительство России, но и все звенья управления. Но при этом Правительство Российской Федерации, безусловно, должно сохранить за собой несколько контрольных функций:

1. Отслеживание работы уполномоченных органов (реализация регулирующих и руководящих функций, повышение самостоятельности федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, расширение возможностей по ускорению принятия необходимых нормативных правовых актов для достижения социально значимых результатов).
2. Отмена правовых актов.

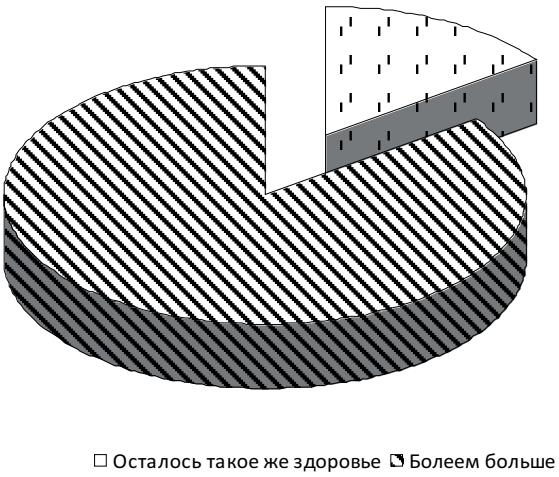


Рис.3. Мнение граждан в возрасте от 40–80 лет о своем здоровье (соцопрос)

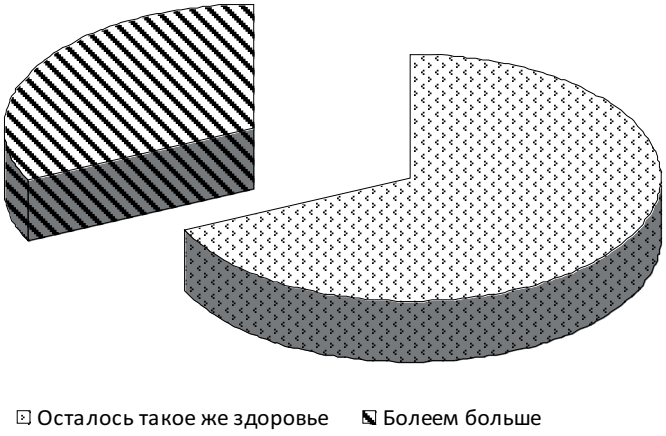


Рис.4. Мнение граждан в возрасте от 20–40 лет о своем здоровье (соцопрос)

3. Применение мер ответственности к должностным лицам.

Перераспределение компетенций изменяет организационную структуру и весь механизм взаимодействия государственных органов в системе здравоохранения. Если же перераспределение компетенций будет не системным, то оно повлечет за собой нарушение баланса властных полномочий. Такое уже происходило в Российской Федерации: вследствие принятия Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ снизился уровень социальной защиты, когда значительная часть полномочий по социальной поддержке была передана субъектам Российской Федерации. Формулировка закона не дала прямого ответа на вопрос: должны ли субъекты РФ осуществлять социальную защиту отдельных категорий граждан. Поэтому мы пришли к выводу, что все нововведения, принятые в сфере государственного регулирования системы здравоохранения, достаточно неточно прописываются в нормативно-правовых актах, что дает возможность несоблюдения принятых законов уполномоченными органами.

За последнее время самым большим и важным преобразованием в здравоохранении стало введение платных услуг в бюджетных медицинских учреждениях. Все платные услуги должны быть прописаны в уставе организации, утверждена соответствующая учетная политика организации. Утвержденный перечень платных медицинских услуг предоставляется в налоговую инспекцию. С введением платных услуг увеличилось начисление на следующие статьи затрат:

– заработная плата;
– медикаменты;
– приобретение оборудования и пр.

При оказании платных услуг у медицинского учреждения остается прибыль (76%) после уплаты налога на прибыль (24 %). Данная прибыль распределяется по фондам (ФСР, ФРП, ФМП). Нужно отметить, что до введения платных услуг в бюджетных медицинских учреждениях финансирования этих фондов не было. Государство не устанавливает цены на платные медицинские услуги, поэтому организации здравоохранения определяют цены самостоятельно.

Чтобы определить социальные последствия введения платных услуг на микроуровне, был проведен социальный опрос граждан в возрасте от 20 до 80 лет, проживающих в различных районах страны (Урал, Сибирь, Юг). Респонденты ответили на 8 вопросов анкеты на тему «Платное и бесплатное здравоохранение»:

1. Оцените здравоохранение по 10-бальной шкале.
2. Как часто вы посещаете медицинское учреждение в год? По какой причине: возникновение боли или плановое обследование?
3. Какому виду услуг вы отдаете больше предпочтение: платные или бесплатные?
4. Если вам необходимо срочное обследование, вы воспользуетесь платными услугами?
5. Какое, по вашему мнению, у одного и того же специалиста будет качественное обслуживание: платное или бесплатное?
6. Какую часть своего семейного бюджета вы тратите на здравоохранение в год?
7. Чем вы руководствуетесь при выборе платных услуг?
8. За последнее время вы стали меньше или больше болеть?

Анализ результатов анкетирования показал, что российское население больше предпочитает бесплатные услуги (табл.). Многие граждане согласны воспользоваться платными медицин-

Табл. Результаты анкетирования «Платное и бесплатное здравоохранение»

№ вопроса	Возрастные группы людей	
	20–40 лет	40–80 лет
1	От 0 до 4	От 0 до 3
2	От 1 до 3 Причина:72 %-боль,18 %-обсследование	От 0 до 5 Причина: 99 % – боль, 1 % – обследование
3	66 % – бесплатные,34 %-платные	100 % – бесплатное
4	100 % – да	80 % – да,20 % – нет
5	85 % – платное,15 % – никакое	60 % – платное,40 % – никакое
6	Менее 10 % от бюджета – 70 % От 25 % от бюджета – 30 %	Менее 30 % от бюджета – 80 % Более 50 % от бюджета – 20 %
7	Качество – 42 % Цена – 28 % Время – 30 %	Качество – 50 % Цена – 34 % Время – 16 %
8	Не изменилось – 68 % Больше – 32 %	Не изменилось – 15 % Больше – 85 %

скими услугами, но при этом не всегда уверены в их качестве. Также население РФ дает низкую оценку качества бесплатного здравоохранения. Таким образом, население негативно относится как к платным, так и бесплатным медицинским услугам. Они не доверяют медицине и предпочитают бесплатные услуги, т. к. имеют небольшой доход, а цены платных услуг достаточно высоки (в среднем одно обследование стоит 590,8 руб.).

На данный момент создано достаточно много национальных программ для развития системы здравоохранения, но ни одна из них не дает видимых результатов, т.к. большая часть систем управления здравоохранения скопированы с западноевропейских стран, которые не подходят РФ. И не только с экономической точки зрения, но и вследствие менталитета основной массы населения.

Большая часть населения уверена, что только при государственном регулировании будет качественное медицинское обслуживание. На наш взгляд, государство никогда не сделает на 100% платными услуги здравоохранения. Можно только предположить, что в дальнейшем в России платными будет 99% медицинских услуг, но при этом государство должно полностью обеспечить бюджетные медицинские организации и поднять качество здравоохранения в них (что на данный момент и происходит, только очень медленно).

Как ранее говорилось, государство должно полностью контролировать все федеральные органы, которые занимаются охраной здоровья граждан, а также увеличить финансирование здравоохранения. Можно предположить, что система здравоохранения России со временем станет зеркальным отражением системы здравоохранения США, в которой бесплатные услуги предоставляются только людям, имеющим социальные льготы – пенсионерам, инвалидам, участникам военных действий и т. д.

Т. е. мы предполагаем, что 1% бесплатных медицинских услуг в РФ будет предлагаться именно людям, имеющим социальные льготы. Но нужно заметить, что к такой системе здравоохранения российские граждане еще материально не готовы, так как большая часть населения в России ниже среднего класса, а платные услуги достаточно дорогие.

Необходимо развивать здравоохранение не только в городах, но и в сельских поселениях, увеличивая численность медицинских кадров и повышая их квалификацию, мотивируя медицинский персонал на качественную работу.

Для модернизации системы здравоохранения требуется развивать производство отечественной фармацевтики, дорогостоящего медицинского оборудования, что позволит снизить цены на медицинские услуги. Так же мы предлагаем создать новые государственные органы, которые будут отвечать за все социальные сферы жизни, в том числе за здравоохранение, контролировать и координировать деятельность не только государственных, но и частных медицинских учреждений.

Список литературы

1. Атун Р. Решение сложных проблем в здравоохранении // Тезисы докладов 4-ой ежегодной конференции Независимого института социальной политики «Социальная политика: вызовы XXI века». М., 2008. С. 166.
2. Блинов П. Платная медицина в России. Рынок платных услуг- формирование и развитие. М.: Книга по требованию, 2011. 188 с.
3. Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. М.: ГУ ВШЭ, 2006. 43 с.
4. Вишняков Н.И., Миняев В.А. Основы экономики здравоохранения. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 144 с.
5. Габуева Л.И. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении. М.: Международный центр финансово-экономического развития, 2007. 288 с.
6. Левин И.А., Биргер Е.В. Перспективы развития системы здравоохранения в России. М.: Медпрактика, 2007. 208 с.
7. Лисицын Ю.П. История медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 400 с.
8. Мирский М.Б. Медицина России XVI–XIX веков. М.: РОССПЭН, 2005. 376 с.
9. Мирский М.Б. Медицина России IX–XX веков: очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. 632 с.
10. Осипов М. Деньгами не поможешь // Новое время. 2011. № 34. С. 32-37.
11. Пирогов М.В. Разработка медико-экономических стандартов (опыт Московской области) // ГлавВрач. 2009. №7. С. 60.
12. Решетников А.В. Экономика Здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 272 с.
13. Старченко А.А. Модернизация здравоохранения: проблемы правоприменительной практики // Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 66-68.

14. Фоломеев Н.В. Медицинская помощь и её техническое обеспечение // Менеджер здравоохранения. 2007. №2. С. 35-39.
15. Шейман И.М., Шишикин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. М.: Дело, 2010. 232 с.
16. Шишкин С.В.Российское здравоохранение: мотивации врачей общественная доступность. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. 288 с.
17. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2011 год и на период до 2013 года, 2007 г. URL: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/budget (дата обращения: 23.03.2011).
18. Доклад о реформе здравоохранения в России: чем хорош закон об обязательном медстраховании, 2011 г. URL: http//obzor.westsib.ru/article/339641# (дата обращения: 23.03.2011).
19. Исторический очерк о развитии гомеопатии в России, 2004 г. URL: http://homeoint.ru/homeopathy/history/bojanus_history1.htm (дата обращения: 23.03.2011).