

## **Ключевые проблемы здравоохранения Российской Федерации, способы решения**

Гордеенко Д.С., студентка Орловского Государственного университета имени И. С. Тургенева, Кафедра «Государственное и муниципальное управление», г. Орёл.

**Аннотация.** В данной статье обозначены ключевые проблемы здравоохранения в Российской Федерации. Предложены некоторые мероприятия, способствующие их преодолению.

**Ключевые слова:** здравоохранение, медицинская помощь, проблемы здравоохранения.

### **Key problems of public health of the Russian Federation, ways of solving**

**Abstract.** In this article identifies key health problems in the Russian Federation. Some measures are suggested that contribute to their overcoming.

**Keywords:** health care, medical care, and health problems.

Состояние здоровья населения – одно из важнейших условий благополучия и процветания любой нации. Несмотря на значительные достижения, в системе здравоохранения Российской Федерации на сегодняшний день остаются нерешенными ряд проблем, которые препятствуют улучшению здоровья населения, увеличению доступности и повышению качества медицинской помощи.

Главными среди них являются:

1. Недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза. Отсутствие достаточного финансирования не обеспечивает достойной оплаты труда медицинского персонала, не обеспечивает в достаточной мере население бесплатными медикаментами, не предоставляет возможности соблюдать современные стандарты лечения и обеспечивать больницы современным оборудованием и расходными материалами [1].

Так, Правительство РФ сократило расходы на здравоохранение в 2017 году на 33%. Общий объем ассигнований по статье здравоохранение составил 362 млрд. рублей (в 2016 году объем финансирования составлял 544 млрд. рублей).

Государственные расходы на стационарную медицинскую помощь сократились на 39% – с 243 до 148 млрд. рублей. На амбулаторную помощь расходы сократились в 1,7 раз – с 113,4 до 68,995 млрд. рублей.

Затраты на санитарно-эпидемиологическое благополучие сократились на 16% – с 17,473 млрд. до 14,68 млрд. рублей. Расходы на прикладные исследования урезаны на 21% – до 16 млрд. рублей [2].

В Российской Федерации финансирование здравоохранения гораздо ниже, чем, например, в «новых» странах Евросоюза. Большее финансирование здравоохранения позволяет этим странам уже сегодня иметь ожидаемую продолжительность жизни 76 лет и общий коэффициент смертности, равный 11,0, т.е. даже лучшие показатели, чем те, которых наше государство планирует добиться к 2020 году. Из этого следует, что дальнейшее расширение объемов бесплатной медицинской помощи потребует увеличения финансирования в 1,5 раза, а это составляет около 800 млрд. руб. ежегодно.

2. Дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров. Нет врачей – нет доступной медицинской помощи. Именно врач обеспечивает пропускную способность сети здравоохранения. Сегодня обеспеченность врачами в Российской Федерации на 1 тыс. населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,5, что в 1,5 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1 тыс. населения. Однако заболеваемость и смертность населения в РФ на 40 –50% выше, чем в странах ОЭСР в среднем (соответственно, выше и потребность в медицинской помощи).

Кроме того, в ближайшие несколько лет в Российской Федерации прогнозируется существенный дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда, – она на 22% ниже, чем в среднем заработная плата по

Российской Федерации. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5–2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

Стоит отметить и низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Так, заработные платы преподавателей этих вузов не превышают 15–20 тыс. рублей в месяц, в то время как даже секретари и водители в коммерческих фирмах имеют значительно более высокие заработки.

3. Неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Нет врача – плохо, но нет квалифицированного врача – также плохо. Недостаточная квалификация медицинских кадров отражается на низких показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР.

4. Отставание нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения Российской Федерации. Именно эта проблема приводит к очередям в поликлиниках, к проблемам с доступностью лекарственных средств и высокотехнологичной медицинской помощи.

Наше население также недостаточно обеспечено бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, по рецепту врача в поликлиниках. Так, в 2010 году подушевые расходы на лекарственные средства за счет государственных источников были в Российской Федерации в 5,6 раза ниже, чем в странах ОЭСР, и в 3 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, и это при почти тех же ценах на лекарства у нас и у них.

Более того, сегодня в Российской Федерации преимущественно инвалиды (около 13 млн. человек) и ряд других немногочисленных категорий граждан имеют право на бесплатные лекарства, в то время как в развитых странах все нуждающееся население за счет государственных средств полностью или частично обеспечивается бесплатными лекарствами.

5. Очень низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Например, число операций реваскуляризации на сердце (т.е. восстановление проходимости сосудов сердца), которые составляют 25% в объемах квот по высокотехнологичной медицинской помощи, в РФ делается в 5 раз меньше, чем в «новых» странах ЕС, в среднем процедур гемодиализа – в 4 раза меньше, число операций эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов – в 6,5 раза меньше. Соответственно, объемы этих видов помощи необходимо увеличить как минимум в 2–3 раза.

6. Неэффективное управление отраслью на всех уровнях. В Российской Федерации, например, отсутствует стратегическое планирование и ответственность руководителей всех уровней за достижение результатов (в т.ч. ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например, по показателям эффективности деятельности, качества и безопасности медицинской помощи. Неэффективное управление также проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокий риск коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупка дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. Наблюдается неэффективное использование оборудования и коечного фонда. Также недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов [1].

7. Неверное построение иерархической структуры оказания медицинской помощи и организации работы отдельных служб.

Всё то, в чем компактно проживающее население нуждается повседневно и постоянно, должно быть максимально к нему приближено. Супермаркет в каждом доме открывать не нужно, (это не рационально и не эффективно), но магазины, а так же службы повседневного спроса должны быть в пешеходной доступности. Рядом же должна находиться и начальная школа с той целью, чтобы школьникам не приходилось пересекать транспортные магистрали. Все остальное может иерархически располагаться в отдалении при достаточном транспортном сообщении. Например, средние школы в сельской местности могут располагаться на расстоянии от места проживания школьников, но при наличии специальных школьных автобусов. Аналогичным образом должна выстраиваться и система организации медицинской помощи с наиболее приближенной ПМСП. Чем ближе к жителям, тем должен быть шире спектр простейших лабораторных исследований, тестов и услуг. В стационарах должен быть оставлен набор исследований, необходимый для каждодневной работы. А более сложные, трудоемкие, специфические и чувствительные исследования должны производиться в Диагностических центрах. При этом все уровни лабораторной службы должны активно взаимодействовать между собой, включая консультативно-методическую деятельность. Такая иерархическая пирамидальная система в государственном здравоохранении может быть наиболее рациональной и при этом происходит не дублирование исследований, а их уточнение. Если к этому добавить маршруты движения пациентов в зависимости от их состояния, то тогда больные пневмонией не будут лечиться, как сейчас, от сельской участковой до областной клинической больницы.

8. Отсутствие четкой организации первичной медико-санитарной помощи, которая оказывает непосредственное влияние на результативность всех последующих уровней. Речь здесь идет не о еще одном враче (общей практики),

ведущем прием больных, как это сейчас представляется, а о низовом уровне системы охраны здоровья.

9. Постоянно снижающаяся доступность медицинской помощи, вызванная массовой ликвидацией и, в отдельных местах, укрупнением медицинских организаций. Это один из ключевых моментов, с которым частично связано и качество медицинской помощи. Если помощь мало доступна, она не может быть высокоэффективной и достаточно качественной и давать положительные результаты. В здравоохранении определяющими должны быть не деньги, а целесообразность. И ранее, сельские больницы и роддома, при остаточном принципе финансирования, были затратными и неэффективными, но тогда их значимость понимали больше и лучше. Со временем меняется многое, появились новые возможности, технологии, оснащение, но при этом организация медицинской помощи постоянно деградирует, что вызывает недовольство как пациентов, так и врачей.

10. В погоне за платными услугами, которые должны распространиться не на чисто медицинские проблемы, а на сервис, потерялся больной с его потребностями и ожиданиями.

11. Абсолютное и длительное отсутствие исследований потребностей населения в различных видах медицинской помощи, что делает ППГ и программу ОМС исключительно волонтеристскими. Большое количество ошибок наблюдается в кадровом обеспечении (соотношение врачебных специальностей, соотношение врачей и медсестер, отбор и подготовка кадров, усовершенствование и непрерывное медицинское образование, лицензирование и аккредитация и т.д.) [3].

В последние годы в здравоохранение государством сделаны существенные инвестиции. Но, ввиду отсутствия масштабных и высокоэффективных организационных и финансово-экономических мероприятий, они не позволили значительно улучшить ситуацию. Отставание уровня развития здравоохранения в

нашей стране от уровня развитых стран значительно сильнее, чем во многих других ключевых отраслях экономики.

Для решения данных проблем, прежде всего, необходимо максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. Определяющую роль в решении этой проблемы должно сыграть совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволило бы осуществлять структурные преобразования, повышать качество услуг, усилить профилактическую работу и др.

Необходимо устранение неравенства в доступности, объемах и качестве медицинских услуг городским и сельским жителям. Доступность в данном контексте понимается не как доплата узким специалистам, что является одной из «находок» современной модернизации здравоохранения, а как решение «парамедицинских проблем»: дорожная и транспортная инфраструктура, безбарьерная среда, жилье на время прохождения обследования и лечения, интеграция с социальными службами и многое другое.

Немаловажным моментом является и оптимизация набора бесплатных медицинских услуг, предоставляемых населению.

Что касается квалификации медицинских сотрудников, то здесь необходимо:

- повышение требований к качеству базового медицинского образования и увеличение сроков обязательной последипломной подготовки врачей;
- ужесточение требований к допуску к практической деятельности врачей;
- предоставление медицинским сотрудникам возможности как можно чаще посещать аккредитованные семинары, лекции, конференции, организовывать поездки на стажировки [2].

Еще одним механизмом решения проблемы должно стать усовершенствование политики оказания населению дорогостоящей и

высокотехнологичной медицинской помощи путем разработки соответствующих эффективных управленческих мероприятий.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в Российской Федерации существует ряд проблем в сфере здравоохранения, решение которых предполагает достаточно долгий и трудоёмкий процесс.

### **Список использованных источников**

1. Анализ состояния системы здравоохранения РФ, ее проблемы и пути их решения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.przrf.ru>
2. Правительство сократит расходы на здравоохранение в 2017 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.novayagazeta.ru>
3. О некоторых проблемах здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.privatmed.ru>