

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Николай Николаевич Калмыков

Nikolay Nikolaevich Kalmikov

Канд.соц.наук

Директор Экспертно-аналитического центра РАНХиГС

kalmykovnn@kalmykovnn.ru

Наталья Васильевна Рехтина

Natalia Vasilevna Rekhtina

Канд.соц.наук

Аналитик Экспертно-аналитического центра РАНХиГС

rekhtina@ranepa.ru

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации"

РАНХиГС

Presidential Academy of National Economy and Public Administration

RANEPa

119571, г. Москва, проспект Вернадского, 82

Аннотация

В статье проведен анализ ключевых проблем здравоохранения. Обоснованы внешние вызовы системе здравоохранения до 2020 г., которые должны быть учтены при выработке и реализации политики в области развития здравоохранения на долгосрочную перспективу. Предложены приоритетные направления и первоочередные пути решения проблем отрасли, а также перспективы развития медицины с целью дальнейшего планирования реализации Программы «Развитие здравоохранения». Также были проанализированы данные, полученные в результате социологического опроса среди 143 экспертов. Основным методом исследования являлся эмпирический анализ, основанный на интернет опросе экспертов в сфере государственного управления и политики.

Ключевые слова: программа здравоохранения; проблемы здравоохранения; пути решения проблем здравоохранения, социологический опрос, эксперты.

ВВЕДЕНИЕ

Важнейшим условием процветания и благополучия любой нации является состояние здоровья населения. Инвестиции в человеческий капитал помимо своего влияния на экономическое развитие страны имеют высокую доходность и объективную необходимость [1]. Учитывая данный факт, в ходе разработки и реализации "Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года", приоритеты национальной политики стали постепенно смещаться с актуального в прежние годы технического производства на такие сферы как образование и здравоохранение граждан.

Данному решению предшествовал тяжелый переходный период, выраженный как в трансформации прежней модели здравоохранения, так и ухудшении демографической ситуации в стране. Современные исследователи утверждают, что в период с 1992 по 2010 года естественная убыль населения России составила примерно 13.100.000 человек (Примечание 1).

Одной из причин таких последствий является тот факт, что целое поколение граждан было воспитано в духе потребителей государственных услуг, а ответственность за состояние здоровья населения лежала на системе здравоохранения. На сегодняшний день, меры предпринимаемые Правительством направлены на предупреждение последствий демографического кризиса, в частности на развитие здравоохранения.

Традиционно под здравоохранением в нашей стране понимался комплекс государственных, социальных, экономических и медицинских мер по охране и улучшению здоровья общества. Сегодня ситуация меняется – здравоохранение является сложной системой социально-экономических взаимоотношений и специфичной отраслью народного хозяйства. Вместе с тем, интерес к здоровью нации со стороны правительства растет и структурно усложняется.

Одним из главных документов по обеспечению доступности медицинской помощи и повышению эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки, разработана Государственная программа Российской Федерации – "Развитие здравоохранения", утвержденная постановлением Правительства РФ № 294 от 15.04.2014 (далее Программа) [2].

Программа включает в себя 10 задач и 11 подпрограмм, их решающие. Все задачи можно объединить перечисленные задачи в несколько генеральных направлений:

- *повышение эффективности имеющихся служб* (обеспечить приоритет профилактики охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повысить эффективность оказания высокотехнологичной медицинской и скорой помощи; повысить эффективность службы родовспоможения и детства; повысить эффективность и прозрачность контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья; развить сферы реабилитации населения и системы санаторно-курортного лечения);

- *внедрение и развитие инноваций в имеющихся структурах* (развить и внедрить инновационные методы по диагностике, профилактике и лечению в сфере персонализированной медицины; обеспечить паллиативную медицинскую помощь пациентам, страдающим неизлечимыми заболеваниями);

- *устранение имеющегося дефицита кадров и ресурсов* (обеспечить систему здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами; обеспечить системность развития отрасли).

Сегодня в системе здравоохранения Российской Федерации, несмотря на некоторые достижения прошлых лет, существуют проблемы, которые требуют решения поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи.

Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС было проведено исследование [3] в рамках общей дискуссии о ситуации, проблемах и возможностях развития системы здравоохранения в Российской Федерации.

Цель исследования заключалась в получении экспертных оценок системе здравоохранения в Российской Федерации, проблемах и перспективах развития. В качестве инструмента сбора мнений применялась онлайн-анкетирование через сеть Интернет [4] среди экспертов (Примечание 2), к которым предъявлялись достаточно строгие требования. Контроль качества данных обеспечивался за счет ряда специальных мероприятий.

По мнению экспертов (Примечание 3) к главным проблемам следует отнести (рисунок 1):

- 1) Кадровые проблемы в системе здравоохранения такие как: нехватка квалифицированных кадров (13,0%), наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы) (11,0%) и некачественную и деградирующую подготовку современных кадров (10,4%).
- 2) Сниженное влияние и контроль современной политики (17,5%).
- 3) Дефицитное финансирование системы здравоохранения (11,7%).



Рисунок 1 – Значимые проблемы развития системы здравоохранения в Российской Федерации,

%

Данные проблемы обозначены в Программе и их пути решения закреплены в подпрограммах. Рассмотрим как складывается ситуация в России по данным проблемным аспектам.

1. Финансирование системы здравоохранения

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). Для сравнительного анализа уровней рождаемости, смертности, заболеваемости в неоднородных по возрастному и половому составу совокупностях используют стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) (Примечание 4). В нашей статье важно проанализировать в целом влияние государственных расходов, инвестируемых в систему здравоохранения, на здоровье население, поэтому будем использовать показатель ОКС.

На рисунке 2 представлена динамика общего коэффициента смертности в России в период с 1980 по 2011 г. и прогнозы до 2020 г. Реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" в период 2005–2008 гг. и определенное улучшение социально-экономической обстановки в России снизили величину ОКС на 9% (с 16,1 до 14,6), что сохранило жизни 450 тыс. граждан нашей страны. Даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (10% от общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года вызвали позитивные изменения в состоянии здоровья населения [5]. В период с 2008 по 2010 г. величина ОКС практически не менялась, снижение составило всего 3% (14,6 — 2008 г., 14,2 — 2009 г., 14,2 — 2010 г.). В 2011 г. государственные расходы на здравоохранение были увеличены на 14% (или 220 млрд руб. ежегодно за счет увеличения на 2% тарифов страховых взносов в систему ОМС), смертность населения в 2011 г. по сравнению с 2010 г. сократилась на 100 тыс. человек и ОКС снизился на 5% (с 14,2 до 13,5).

Также показана величина ОКС — 11,0, которая принята за целевую в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. При снижении ОКС до уровня 11,0 к 2020 году будет спасено 2,5 млн жизней наших граждан. Однако для этого потребуются гораздо более интенсивное развитие системы здравоохранения [6].

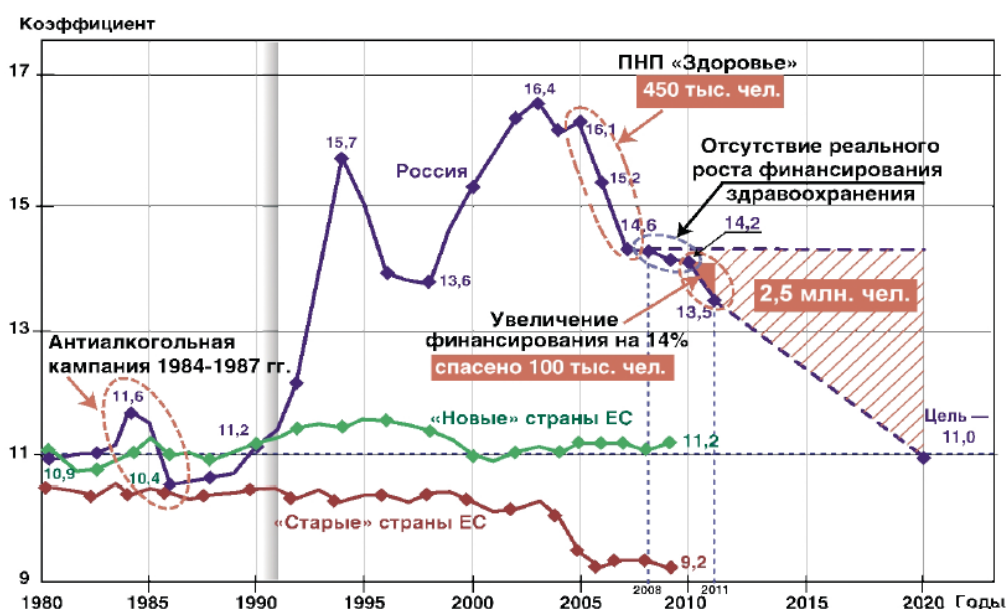


Рисунок 2 – Динамика ОКС в "старых" и "новых" странах Евросоюза и РФ, прогноз ОКС в РФ до 2020 г.

По фактическим данным Росстата за 2005–2010 гг. и прогнозным данным, приведенными в прил. # 1 к Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на

период до 2020 г.[7], утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. # 1662-р сформируем прогноз размера ВВП и расходов на здравоохранение (таблица 1) [8].

Таблица 1 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и основные финансовые показатели до 2020 года.

Год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ), оба пола				Финансовые показатели	
	ОПЖ, лет	Абсолютный цепной прирост	Абсолютный базисный прирост	Темп прироста цепной	ВВП, млрд руб.	Расходы на здравоохранение, млрд руб.
2005	65,3				21 609,8	797,1
2006	66,6	1,3	1,3	102,0	26 917,2	962,2
2007	67,51	0,91	2,21	101,4	33 247,5	1 381,5
2008	67,88	0,37	2,58	100,5	41 277,0	1 546,3
2009	68,67	0,79	3,37	101,2	38 786,0	1 653,0
2010	68,98	0,31	3,68	100,5	44 939,0	1 708,8
2011	70,3	1,32	5,0	101,9	54 369,1	2 990,3
2012	70,5	0,2	5,2	100,3	57 848,7	3 181,6
2013	70,8	0,3	5,5	100,4	61 551,0	3 385,3
2014	71,2	0,4	5,9	100,6	65 490,3	3 602,0
2015	71,5	0,3	6,2	100,4	69 681,6	3 832,5
2016	71,9	0,4	6,6	100,5	74 071,6	4 592,4
2017	72,2	0,3	6,9	100,4	78 738,1	4 881,7
2018	72,5	0,3	7,2	100,4	83 698,6	5 189,3
2019	72,8	0,3	7,5	100,4	88 971,6	5 516,2
2020	73,1	0,3	7,8	100,4	94 576,8	5 863,7

В таблице 1 показано, что за 15 лет ожидаемая продолжительность жизни россиян при самом оптимистическом прогнозе увеличится на 7,8 года, темп прироста 112%. Ожидается, что за этот же период валовый внутренний продукт с 21,6 увеличится до 94,6 трлн руб. (темп прироста 437,6%), а расходы на здравоохранение возрастут с 0,797 до 5,8 трлн руб., или на 735,6%.

Несмотря на предполагаемый рост и ВВП, и расходов на здравоохранение, прогнозируется очень скромная динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении с весьма умеренным, практически линейным цепным приростом. Аналогичную картину показывает и анализ динамических рядов рождаемости, смертности населения России (рисунок 3) [8].

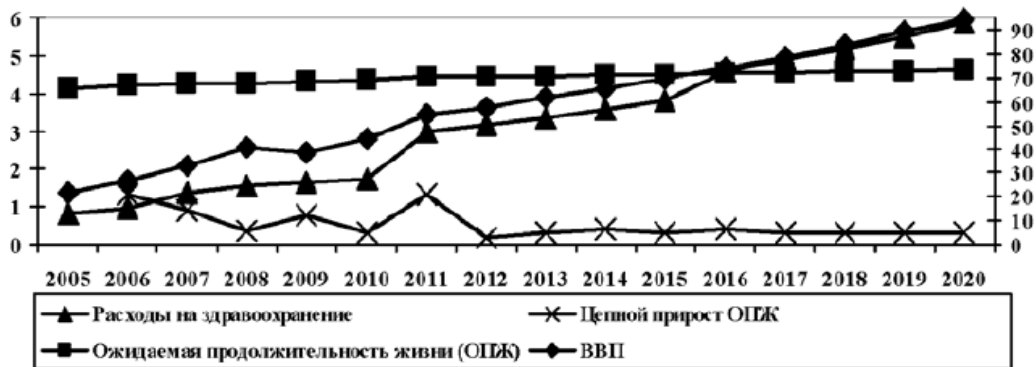


Рисунок 3 – Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении и основных финансовых показателей

На основании данных Организации Объединённых Наций, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, Американское агентство финансово-экономической информации Bloomberg[9] представил рейтинг стран мира по показателю эффективности систем здравоохранения в 2014 году. Ежегодный рейтинг по эффективности национальных систем здравоохранения агентства Bloomberg определил Россию на последнее – 51 место (1 место – Сингапур, Германия – 23 место, Азербайджан – 49 место). Критериями оценки здравоохранения являются: ожидаемая продолжительность жизни, подушевые расходы на здравоохранение, отношение затрат на охрану здоровья к ВВП государства. Проведем сравнение нескольких стран – лидера Сингапура, Италии, Германии, США и России (таблица 2).

Таблица 2 – показатели эффективности национальных систем здравоохранения.

Место в рейтинге (из 51 страны)	Страна	Показатель		
		Ожидаемая продолжительность жизни (лет)	Затраты на здравоохранение к ВВП %	Расходы на медицинские услуги на одного гражданина \$
1	Сингапур	82,1	4,5	2624
3	Италия	82,9	9	3032
23	Германия	80,9	11,0	4683
44	США	78,7	17,2	8895
51	Россия	70,5	6,3	887

В представленном рейтинге, несомненно, ожидаемая продолжительность жизни – доминирующий показатель эффективности системы здравоохранения той или иной страны. По данным, в таблице видно, что сегодня Российскую систему здравоохранения по отношению к развитым странам можно условно назвать отстающей и "догоняющей".

Также наблюдаем, что ожидаемая продолжительность жизни в США выше чем в России на 8,2 года, а затраты на одного гражданина увеличены больше чем в 10 раз. Хотя если сравнивать США с Италией, в которой ожидаемая продолжительность жизни больше на 4,2 года, а траты на одного гражданина меньше почти в три раза, становится очевидным тот факт, что финансирование системы

здравоохранения не сможет стопроцентно гарантировать существенное увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения. Сегодня эксперты называют систему здравоохранения США одной из самых дорогих, но наименее эффективных среди развитых стран [10] [11]. Американский эксперт Р. Хэнсон утверждает, что в США значительная часть расходов на здравоохранение не дает ожидаемой отдачи. По его мнению, Штаты могли бы сократить расходы до 50% без какого-либо снижения эффективности медицинской помощи [12].

Для решения данной проблемы предлагается развитие следующих приоритетных направлений [8]:

1. Модернизация первичной медицинской помощи и именно ее амбулаторно-поликлинического уровня. По мнению И.М. Шеймана и С.В. Шишкина, дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем, допустим, затраты на высокотехнологичную помощь. Только наведя порядок в этой сфере, можно переходить к решению других проблем отечественного здравоохранения, и на это, по мнению ученых, должно уйти не менее 4–5 лет [13].

2. Упрощение механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли: переход на принципы одноканального финансирования и формирования на его основе полного тарифа на оказываемые медицинские услуги.

3. Максимальное использование финансово-экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы. В решении этой проблемы определяющую роль должно сыграть такое совершенствование механизмов оплаты медицинских услуг и способов оплаты труда медицинских работников, которое позволит создать стимулы к осуществлению структурных преобразований, повышению качества услуг, усилению профилактической работы и др. Речь идет о перспективных и протективных способах оплаты, среди которых приоритетным является подушевое финансирование и поэтапное внедрение системы фондодержания.

4. Устранение неравенства в объемах, качестве и доступности 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.

2. Кадровое обеспечение системы здравоохранения

Первая важная кадровая проблема – *нехватка квалифицированных кадров*. По состоянию на 1 января 2015г. в медицинских организациях системы Минздрава России в субъектах Российской Федерации 580 431 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием. Показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в Российской Федерации в 2014 году составил 1 к 2,3, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой [14]. Обеспеченность населения Российской Федерации (на 10 тыс.) врачами составляет 40,3, средними медицинскими работниками – 100,0 [15].

Согласно данным Счетной палаты [16], в целом по России сократили 90 тыс. работников медицинского сектора (таблица 3). Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических

специальностей – более 19 тыс. человек (без учета врачей, работающих в медицинских организациях Крымского федерального округа).

Таблица 3 – Численность работников в сфере здравоохранения по данным Росстата (форма федерального статистического наблюдения ЗП-здрав) за 2013-2014 годы [17]

	2013 г.	2014 г.	сокращение
Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг)	578 783	565 939	- 12 844
Средний медицинский (фармацевтический) персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг)	1 442 157	1 401 660	- 40 498
Младший медицинский персонал (персонал, обеспечивающий условия для предоставления медицинских услуг)	687 139	650 464	- 36 675

В итоге оптимизация в сфере здравоохранения привела к снижению доступности услуг и ухудшению результатов деятельности государственных и муниципальных организаций, в первую очередь проявляющихся ростом на 3,7% числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6% внутрибольничной летальности больных, ухудшением качества жизни населения.

Согласно, аудиторской проверке Счетной палаты [16] на сегодняшний день существует потребность во врачах и среднем медицинском персонале в количестве 55 тыс. и 88 тыс. человек. Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют фактической ситуации в регионах и сложившейся потребности. Требуется анализ проводимых кадровых мер, и по итогам возможная их корректировка.

Вторая важная проблема – *наличие проблем в кадровой политике (уровень з/п, условия работы)*. В целом по итогам 2014 г. заработная плата работников бюджетной сферы в абсолютных значениях выросла. Согласно данным Росстата [18] уровень средней заработной платы врачей в 2014 г. по сравнению с 2013 г. вырос на 4,0 тыс. рублей, среднего медицинского (фармацевтического) персонала – на 2,2 тыс. рублей, младшего медицинского персонала – на 1,8 тыс. рублей.

Однако на уровень зарплаты медработников большое влияние оказывает высокий процент внутреннего совместительства, который составляет четверть от всего фонда оплаты труда. Это означает, что рост уровня средней заработной платы медицинских работников вызван не фактическим увеличением размера оплаты его труда, а ростом нагрузки на одного работника, когда вместо положенных 8 часов врач работает 12 часов и более [16].

Одновременно с повышением заработной платы, уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработных плат медицинских работников. По итогам 2014 года дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате

в субъектах Российской Федерации уменьшилась с 3,2 раза в 2012 году до 1,6 раз, среднего медицинского персонала с 2,5 раза до 1,6 раза [14].

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 [6].

Третья важная проблема – *некачественная и деградирующая подготовка кадров*. Проведенный экспертный опрос (Примечание 3) показал, что существует недостаточная подготовка кадров, неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество оказания медицинской помощи. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи. 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 [6].

Четвертая важная проблема – *отток профессиональных кадров в частный сектор*. Экспертами отмечается тенденция оттока профессиональных кадров в частный сектор. Население России все больше стали пользоваться платными услугами, в 2014 г. отмечен рост объема платных медицинских услуг – на 24,2% по сравнению с 2013 г. Как отмечает, аудитор Счетной палаты [6], что в условиях снижения доступности медицинской помощи для населения рост платных медицинских услуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной.

3. А также экспертным сообществом были высказаны следующие проблемные аспекты в системе здравоохранения (рисунок 4): низкое качество оказываемых услуг и препаратов (8,1), коммерциализация медицинской отрасли, в т.ч. коррупция (5,8), недоступность некоторых услуг и препаратов (5,2), неоднозначное отношение людей (больных) к современной медицине (отсутствие уважения, культуры) (5,2), низкий уровень оснащенности мед.учреждений необходимыми лекарствами и оборудованием (3,2), недостаточное внедрение инноваций и технологий (1,9), высокая зависимость от иностранных производителей и технологий (1,3), влияние внешних независимых факторов (0,6), сложное восприятие нововведений мед.услуг (0,6), невостребованность медицинской помощи (0,3), неэффективное распределение времени при оказании мед.услуг (0,3).



Рисунок 4 – Проблемные аспекты в системе здравоохранения, %

Наиболее эффективные мероприятия по реализации государственной программы "Развитие здравоохранения", по мнению экспертов, направлены на охрану здоровья матери и ребенка, совершенствование оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации, и развитие и внедрение инновационных методов диагностики заболеваний. К наименее эффективным мерам отнесли – внедрение основ персонализированной медицины, кадровое обеспечение системы здравоохранения в соответствии с современными запросами и оказание паллиативной помощи населению (таблица 4). На данных направлениях стоит сконцентрировать наибольшее внимание при планировании дальнейшей реализации Программы.

Таблица 4 – Оценка эффективности мер по реализации государственной программы "Развитие здравоохранения"

	Балл	SD	N
Охрана здоровья матери и ребенка	2,9699	0,9842	133
Совершенствование оказания скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации	2,7895	0,9133	133
Развитие и внедрение инновационных методов диагностики заболеваний	2,686	1,1299	86
Управление развитием отрасли	2,6846	1,0420	130
Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан	2,6154	0,9097	130
Совершенствование оказания специализированной медицинской	2,6119	0,9251	134

помощи, включая высокотехнологичную			
Развитие первичной медико-санитарной помощи	2,6119	0,9332	134
Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья	2,6098	0,8929	123
Развитие международных связей в сфере охраны здоровья	2,4344	0,9270	122
Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населения	2,3985	0,9609	133
Развитие и внедрение инновационных методов профилактики и лечения заболеваний, а также основ персонализированной медицины	2,2835	0,8442	127
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни	2,2481	0,8739	133
Оказание паллиативной помощи населению	2,2000	0,8799	125
Кадровое обеспечение системы здравоохранения в соответствии с современными запросами	2,1729	0,8212	133
Внедрение основ персонализированной медицины	2,1680	0,8302	125

Перспективы развития медицины

Формирующийся в мире запрос на новое качество жизни требует создания методов диагностики и лечения, основанных на принципах персонифицированной медицины, неинвазивных надежных экспресс-технологий мониторинга в домашних условиях, дистанционных методов получения медицинских услуг, характеризующихся профилактической направленностью, безопасностью, высокой эффективностью.

К ключевым научно-технологическими направлениями, формирующим облик конкурентоспособных товаров (работ, услуг) в здравоохранении, в первую очередь относятся:

- развитие технологий персонифицированной медицинской помощи, которые позволят индивидуализировать диагностические процессы, обеспечить узконаправленное медикаментозное или иное терапевтическое воздействия, что значительно усилит полезный эффект от лечения и снизит затраты на лечение;
- распространение "умных" лекарств, эффективность которых модулируется либо их окружением, либо специальными компонентами самого препарата, направленными на повышение его эффективности, специфичности и точности локализации;
- применение методов неинвазивной ("безхирургической", "малотравматичной") диагностики;
- создание систем мониторинга и постоянного слежения за определенными группами больных и (или) определенными группами диагнозов для оказания своевременной помощи в критических состояниях;
- обеспечение оказания паллиативной помощи населению Российской Федерации.

Указанные мероприятия позволят обеспечить мобилизационный сценарий развития отечественного здравоохранения, а также эффективнее воздействовать на снижение заболеваемости и смертности населения от онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, а также заболеваний, связанных с нарушением метаболических процессов (диабет, ожирение и др.).

Данный сценарий конкурентоспособного развития предполагает изменение существующей модели управления, привлечение частных инвестиций и развитие принципов конкуренции всех производителей услуг и ресурсов отрасли. Намеченные перспективы по импортозамещению на рынках услуг требуют изменений региональных подходов к размещению государственных закупок.

Конкурентоспособная модель государственно-частного здравоохранения связана с инвестированием в проекты по развитию высоких технологий и человеческого капитала с параметрами окупаемости, далеко выходящими за сложившиеся на рынке среднесрочные пределы. Основные барьеры вызваны дефицитом конкурентоспособных по мировым критериям профессиональных кадров, как на уровне корпораций, так и государственного управления, неэффективностью механизмов координации усилий.

Экспертами (Примечание 3) были предложены **меры, которые могут повысить качество и/или доступность медицинских услуг для населения:**

1) Перевод медицинских работников на "эффективный контракт", создание стимулов для работы медицинского персонала (49%).

2) Развитие фундаментальной науки в таких отраслях, как доказательная медицина, биостатистика, фармакоэкономика, экономический анализ с привлечением экспертов и преподавателей из других стран (44%).

3) Пересмотр системы индикаторов, отражающих состояние дел в сфере здравоохранения (показатели продолжительности жизни, смертности населения поставлены в один ряд с показателем средней заработной платы врачей) (43%).

4) Развитие санаторного лечения, в том числе среди детей (42%).

5) Разработка научно-обоснованной методологии оценки эффективности расходования средств (34%).

6) Создание системы независимой экспертизы при принятии решений, связанных с бюджетными расходами (41%).

7) Развитие предпринимательских и инвестиционных программ, направленных на развитие сферы здравоохранения (40%).

8) Преобразование диспансеризации в действующие программы профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний (40%).

9) Совершенствование механизма возмещения стоимости лекарственных препаратов и соплатежей (39%).

10) Включение сферы производства медикаментов в предмет надзора за обращением лекарственных средств (35%).

11) Включение в систему индикаторов показателей, на которые опирается ВОЗ при составлении рейтингов (30%).

12) Другое (6,3%), а именно:

- внедрение механизма реального медицинского страхования (0,7%);
- государственный контроль (0,7%);
- достаточное финансовое обеспечение (0,7%);
- избегать перегрузки и переработки врачами (0,7%);

- ориентация медицины на подготовку высококвалифицированных специалистов, а не на покупку оборудования и пересмотр системы взаимодействия ОМС и учреждения здравоохранения (0,7%);
- пересмотр отраслевых норм времени приёма одного пациента врачом (0,7%);
- повышение престижа и организации поликлинической помощи (0,7%);
- решения вопроса нехватки квалифицированных медицинских работников (0,7%);
- увеличение государственного финансирования отрасли (0,7%);
- повышение управленческой грамотности руководителей (0,7%).

Таким образом, в заключение можно сказать, что существуют как проблемы, так и ряд перспективных точек повышения эффективности системы здравоохранения. При этом, мнения экспертов показывают нам достаточно широкий спектр направлений приоритетов, на которые можно обратить внимания при выработке политики в области здравоохранения. Каждое из указанных направлений должно быть неразрывно связано друг с другом и сопровождаться финансовыми, экономическими, медицинскими, управленческими механизмами и инструментами, которые позволят сформировать системный подход к развитию и модернизации системы здравоохранения Российской Федерации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Котова Ю.Н. “Оценка эффективности функционирования региональной системы здравоохранения” автореферат дисс. канд. экон. н., Рязань 2004 24 с.
2. Государственная программа Российской Федерации “Развитие здравоохранения” www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info (дата обращения 03.08.2015 г)
3. Исследование “Здравоохранение: ситуация, проблемы и возможности (в т.ч. госпрограмма)” проведено сотрудниками РАНХиГС, руководитель исследования к.с.н. Калмыков Н.Н. Опрос проводился в марте 2015 года среди 143 экспертов.
4. Электронный источник: Страница онлайн-анкеты экспертного опроса РАНХиГС www.publicserv.ru (дата обращения 29 апреля 2015 года).
5. База данных Росстата: www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main (дата обращения 29.07.2015 г)
6. Улумбекова, Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения// Вестник Росздравнадзора 2012 # 2 – 33-38
7. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года economy.gov.ru/minrec/activity/sections/strategicPlanning/concept/indexdocs (дата обращения 03.08.2015 г)
8. Банин, С.А. Здравоохранение России: вопросы финансирования и пути решения // Вестник томского государственного университета, 2012. – #3(19) – 112–117
9. Электронный источник: www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst//most-efficient-health-care-2014-countries (дата обращения 03.08.2015 г)

10. Деловая газета Взгляд [Электронный ресурс]: www.vz.ru/news/2014/6/18/691705.html (дата обращения 28.07.2015 г)
11. The Atlantic — News and analysis on politics [Электронный ресурс] www.theatlantic.com (дата обращения 28.07.2015 г)
12. Robin Hanson, “Cut Medicine in Half”, Cato Unbound, Date Views September 10, 2007, www-cato-unbound.org/2007/09/10/robin-hanson/cut-medicine-in-half
13. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: докл. Государственного университета – Высшей школы экономики: к X Междунар.науч. конф. ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества (Москва, 7–9 апреля 2009 г.). М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. 66 с
14. Отчёт Министерства здравоохранения Российской Федерации “Об итогах работы министерства здравоохранения российской федерации в 2014 году и задачах на 2015 год”, Москва, апрель 2015 г. <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad-ob-itogah-raboty-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-v-2014-godu-i-zadachah-na-2015-god> (дата обращения 03.08.2015 г)
15. Каграманян, И.Н. О кадровом обеспечении системы здравоохранения Российской Федерации // Образование и подготовка медицинских кадров, 2014. – 277-280
16. Аудиторский отчёт Счётной палаты “Об оптимизации в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания” www.ach.gov.ru/press_center/news/21297 (дата обращения 03.08.2015 г)
17. Российский статистический ежегодник - 2014 г. www.gks.ru/bgd/regl/b14_13/Main.htm (дата обращения 03.08.2015 г)
18. Интернет ресурс: Федеральная служба государственной статистики www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_costs/ (дата обращения 03.08.2015 г)

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Данная цифра возможно не обратила на себя внимание общественности, поскольку частично была компенсирована миграционным обменом примерно на 6.400.000 человек.

2. Требования к экспертам: рекомендация от других экспертов, наличие опыта работы в сфере проблематики исследования не менее 5 лет, наличие прикладного опыта по теме исследования или научные работы (публикации, монографии, статьи и прочее), участие в научных конференциях/семинарах/форумах, участие в заседаниях и совещаниях, проводимых органами власти. Отбор экспертов для участия в опросе проводился методом “снежного кома” – только по рекомендациям “проверенных” экспертов и руководителей на каждого интервьюируемого эксперта. Метод “снежного кома” является наиболее уместным в данном случае, поскольку, попав в соответствующую профессиональную среду с помощью контактов, полученных от одного эксперта, есть большие шансы найти по его рекомендации его же коллег, отвечающих подобным требованиям.

Состав экспертов.

Основная занятость: представители научно-исследовательских организаций (60%), из которых 18% руководители или заместители (18%), представители органов государственной власти (32%), из которых 18% руководители или заместители, представители бизнеса (3%), врачи и главврачи (5%).

Применялись следующие приемы контроля качества данных: контролировалось повторное заполнение анкет с одного компьютера, из анализа исключались анкеты, заполненные слишком быстро (контроль времени заполнения), контролировались ответы по “проверочным” вопросам, также осуществлялась индивидуальная проверка каждой анкеты на предмет “подозрительных” ответов на открытые вопросы. Также проводился оперативный выборочный телефонный опрос экспертов с целью проверки факта участия в экспертном онлайн опросе (при этом само заполнение анкеты происходило анонимно).

3. Данные социологического исследования, проведенного Экспертно-аналитическим центром РАНХиГС, 2015 год.

4. ОПЖ – число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетического поколения, родившемуся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель.

ОКС – число умерших от всех причин на 1 тыс. населения.

СКС – среднее арифметическое возрастных коэффициентов смертности, взвешенное по долям возрастных групп в стандартном населении. Стандартизованный коэффициент смертности – это не что иное, как математическое ожидание дискретной случайной величины со значениями, равными возрастным коэффициентам смертности. В роли вероятностей выступают соответствующие доли (относительные частоты) стандартного населения.