

№ 596

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «КубГУ»)

Кафедра государственной политики и государственного управления

Защитено
с оценкой
«20»
29.05.2018
[Signature]

КУРСОВАЯ РАБОТА

ПОЛИТИКА РФ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Работу выполнил *[Signature]* 29.05.2018 Н.А. Кондратов
(подпись, дата)

Факультет управления и психологии 3 курс 3 группа

Направление подготовки 38.03.04 – «Государственное и муниципальное
управление», ОФО

Научный руководитель

д-р экон. наук, профессор *[Signature]* 29.05.2018 М.В. Терешина
(подпись, дата)

Нормоконтролер

д-р экон. наук, профессор *[Signature]* 29.05.2018 М.В. Терешина
(подпись, дата)

Краснодар 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1.Здравоохранение как объект государственной политики.....	5
1.1. Роль здравоохранения в повышении качества жизни населения	5
1.2. Эволюция подходов к формированию государственной политики в области здравоохранения в России в советский и постсоветский периоды..	9
2. Современная государственная политика РФ в области здравоохранения..	20
2.1. Институциональные основы государственной политики РФ в области здравоохранения.....	20
2.2. Статистические показатели субъектов РФ в области здравоохранения	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	41

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной темы заключается в том, что вопросы, напрямую или косвенно связанные со здравоохранением в государстве, являются первоочередными. В современной экономике человеческий ресурс играет основополагающую роль, в связи с чем, социальной сфере уделяется большое значение в политике государства. Под таким понятием, как «социальная сфера» рассматривают совокупность различных отраслей: здравоохранение, образование, социальное обеспечение, коммунальные услуги, культуру и много другое, отчего напрямую зависит уровень жизни населения.

Здоровье населения считается одним из основных показателей качества жизни и уровня социально-экономического развития и защищенности государства. Поэтому сфера здравоохранения тесно взаимосвязана с другими стратегически важными отраслями страны.

В развитых странах мира здоровье нации является одним из приоритетных вопросов национальной безопасности.

Последствиями глубокого социального кризиса в России явилось резкое сокращение рождаемости и средней продолжительности жизни, деформация демографического и социального состава общества, подрыв трудовых ресурсов как основы развития производства, ослабление фундаментальной ячейки общества - семьи, снижение духовного, нравственного и творческого потенциала населения. Угрозой физическому здоровью являются кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения, рост потребления алкоголя и наркотических веществ.

Развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан.

Целью курсовой работы является рассмотрение теоретико-методологических основ государственной политики в сфере здравоохранения, а также анализ развития системы здравоохранения в регионах РФ. Выбор данной цели исследования обусловил необходимость постановки и решения комплекса взаимосвязанных задач:

- Проанализировать современную политику в области здравоохранения в РФ, определить ее роль в жизни населения
- Сравнить уровни развития системы здравоохранения СССР и РФ
- Выявить проблемы в социальной политике РФ в области здравоохранения
- Проанализировать статистические показатели в регионах РФ в области здравоохранения

Теоретико-методологическую основу исследования составляют работы отечественных и зарубежных ученых по вопросам политики здравоохранения в Российской Федерации.

Эмпирическую базу исследования составили: данные ВШОУЗ, данные «Росстата», данные Казначейства РФ, зарубежная переводная литература и отечественная литература по вопросам здравоохранения.

Структура курсовой работы обусловлена целью и задачами исследования и включает введение, две главы (первая глава – «Здравоохранение как объект государственной политики», вторая глава – «Современная государственная политика РФ в области здравоохранения»), заключение и список использованных источников.

В заключении представлены основные выводы и рекомендации по результатам исследования.

1.Здравоохранение как объект государственной политики

1.1. Роль здравоохранения в повышении качества жизни населения

Повышение уровня и качества жизни населения является стратегическим направлением развития России в XXI веке. Качество жизни населения и в целом здоровье нации, качество и количество человеческого капитала должны стать жизненно необходимыми стратегическими приоритетами и основными критериями эффективности управления государством и его регионами¹.

Здоровье населения является величайшей ценностью, основной составляющей человеческого потенциала нации, ее трудового и оборонного ресурса, важнейшей частью совокупности качественных характеристик населения. Общественное здоровье - главное свойство любой человеческой общности (например, населения, проживающего на той или иной территории), ее естественное состояние. Общественное здоровье отражает как индивидуальные приспособительные реакции отдельного человека, так и способность всей общности наиболее эффективно осуществлять свои социальные задачи (работать, защищать страну, помогать старшему поколению и детям, охранять природу и т.д.), а также выполнять свои биологические функции: воспроизводить и воспитывать новые здоровые поколения.

Потери общественного здоровья (заболеваемость, инвалидность, временная нетрудоспособность, смертность) приводят к очень большому экономическому ущербу. По самым скромным подсчетам, потери здоровья

1. ¹Шульмин А.В., Тихонова Н.В., Аверченко Е.А., Козлов В.В., Смердин С.В. Качество жизни населения как компонент перспективного развития муниципального здравоохранения // Медицина в Кузбассе. 2011. № 2. С. 8-12.

населения, занятого в экономике России, ежегодно соразмерны потерям 6% ВВП.

Качество общественного здоровья непосредственно зависит от социально-экономических условий. Можно с полной уверенностью утверждать, что уровень здоровья населения служит самым точным, адекватным отражением качества жизни². Любые заметные изменения жизни очень быстро отражаются на качестве здоровья. Многие негативные проблемы общественного здоровья связаны преимущественно с социально-бытовыми и производственными факторами (низкие доходы населения, плохое качество питания и питьевой воды, недостаточная обеспеченность жильем, плохие условия труда, неудовлетворительная сфера обслуживания и организация досуга населения, алкоголизм, наркомания, деградация нравственных принципов, постоянный психоэмоциональный стресс и прочее).

В Российской Федерации охрана здоровья населения является делом государственной важности. Концепция национальной безопасности Российской Федерации, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 17.12. 1997 №1300 определяет здоровье населения основой национальной безопасности страны.

Однако ситуация в сфере здоровья населения в России оставляет желать лучшего. Здоровье - это свобода от болезней и инвалидности, состояние полного физического, духовного и социального благополучия. Только здоровый человек имеет возможность активно осуществлять трудовую, общественную и личную деятельность, то есть самостоятельно бороться с бедностью. Здоровье обычно определяется как способность к оптимальному физиологическому, психическому и социальному

² Кривошей В.А., Школкина Н.В. Качество жизни и показатели уровня жизни населения // Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики. 2013. № 4. С. 3-6.

функционированию. При устойчиво низком уровне материального благосостояния значительной части семей приоритетным становится получение средств существования в ущерб здоровью за счет его эксплуатации независимо от качества (готовность работать во вредных и тяжелых условиях, в нескольких местах, ненормированное время).

Поэтому, одним из главных элементов социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения. Здравоохранение - одна из ведущих отраслей сферы обслуживания. Функциональное значение здравоохранения в системе развития производства выражается в производстве и реализации услуг и благ для населения, нацеленных на поддержание нормальной жизнедеятельности человека. В Конституции РФ Российское государство определяется как социальное государство. Медицинские услуги являются социально значимыми. Право на охрану здоровья закреплено в ст. 41 Конституции РФ: «...каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Затраты общества на развитие здравоохранения имеют не только социальное, но и экономическое значение. Эффективность здравоохранения как отрасли сферы обслуживания заключается в том, что, оберегая и восстанавливая здоровье человека - главную составную часть производительных сил общества, оно тем самым способствует снижению заболеваемости, росту производительности труда, продлению трудоспособного периода трудящихся. Все это в свою очередь содействует росту национального дохода страны и повышению благосостояния народа. Снижение уровня смертности и инвалидности содействуют росту национального дохода. В этом заключается важнейший вклад

здравоохранения в повышении качества жизни населения и в экономику в целом.

1.2. Эволюция подходов к формированию государственной политики в области здравоохранения в России в советский и постсоветский периоды

Сравнивая социалистическое и капиталистическое общества необходимо наглядно показать разницу систем здравоохранения, потому что все социалистические государства заботятся о здоровье населения, ставят задачу здравоохранения на одно из первых мест, создают общедоступные системы медицинской помощи самого высокого качества — в отличие от любого капиталистического государства. Достаточно взглянуть на ситуацию в мире сегодня, чтобы увидеть, чем могут похвастаться капиталистические страны в отношении здравоохранения. Согласно официальной статистике ООН и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на Земле каждый день от голода и нищеты умирает от 12 до 20 тысяч человек (последняя цифра взята из доклада генсека ООН Кофи Аннана). То есть в год количество умерших от голода составляет 4-7,5 миллиона человек. И это только нижняя граница оценки. По верхней границе, по данным той же ВОЗ, эта цифра колеблется от 12 до 15 миллионов. В то же время количество средств, необходимых для обеспечения каждого человека на планете минимумом качественного медицинского обслуживания составляет около 3% годового мирового военного бюджета.

В Советском Союзе, медицинская помощь была организована самым демократичным образом, как и все остальное: система управления имела вид “треугольника с широким основанием”. В основании треугольника лежало бесчисленное множество комитетов, имеющих на каждой фабрике, колхозе и предприятии. Эти комитеты сотрудничали с местными врачами для составления отчетов и улучшения качества услуг; они следили за надлежащим распределением фондов социального страхования работников; контролировали санитарное состояние условий труда и детских яслей, организовывали санитарное просвещение на рабочих местах. Выборные представители работников предприятий вовлекались в управление на более

высоком уровне - в Советах. Советы вели надзор за больницами и медицинскими учреждениями, организовывали просвещение общественности по вопросам личной гигиены, отвечали за санитарные инспекции и устранение прочих проблем здравоохранения. Следующий уровень управления находился на уровне района, которых в Советском Союзе было около 3 000. Каждый район имел отдел общественного здравоохранения, возглавляемый районным инспектором, ответственным за работу местных медицинских учреждений. На вершине пирамиды находился Комиссариат здравоохранения, опиравшийся на результаты работы различных научно-исследовательских институтов. Подобная организация системы здравоохранения позволила напрямую вовлечь в нее население страны, всеми силами старавшееся улучшить здоровье нации.

Непрерывное увеличение расходов на медицину способствовало постоянному повышению ее качества. К 1937 г. количество врачей в СССР составляло 132 000 по сравнению с 2 000 в царской России. Разница особенно ощущалась в нерусских республиках. К 1941 г. в Азербайджане работало 2 500 врачей, в то время как до революции их насчитывалось лишь 291. В Таджикистане было всего 13 докторов. К 1941 г. их стало 372. На всю царскую Россию приходилось 9 родильных домов. В 1938 году их количество выросло до 4 384. Детские сады, ясли, дома отдыха матери и ребенка — все было построено в тот период. К завершению второй Пятилетки, во всех частях СССР появилось множество больниц, медицинских учреждений и оздоровительных центров. Все виды лечения - госпитализация, физиотерапия, лучевая терапия, санаторное лечение, стоматологические услуги, акушерская помощь и т.д. — все было бесплатным для советских граждан. В жилых домах организовывались санитарные комиссии. Члены этих комиссий избирались местным населением и проходили подготовку в специальных Образовательных Центрах Гигиены. Бюджет на расходы в области общественного здравоохранения в СССР в 1937 г. был примерно в 75

раз больше, чем в царской России в 1913 г. Расходы на медицинские нужды в 1913 г. составляли 90 копеек на душу населения. К 1937 г. они увеличились до 60 рублей.

В результате организации системы социального страхования, в которой определенный процент заработка всех рабочих и колхозников отчислялся в фонд социального обеспечения, все виды медицинских услуг были бесплатными. Частная медицинская практика в СССР никогда не запрещалась, но скоро сошла на «нет», так как люди имели возможность бесплатно получить равное, а то и более качественное медицинское обслуживание.

В СССР с безработицей, лишениями и бедностью было на какое-то время покончено с помощью упразднения эксплуатации человека человеком. За невероятно короткий период времени социалистическое государство достигло значительных успехов в поднятии материального и культурного уровня всей нации, заложив, таким образом, основу для успешной работы в области общественного здравоохранения. Советский Союз избавился от трущоб и обеспечил города и села водопроводом, канализацией и электричеством. Кроме того, качество и разнообразие продуктов питания невероятно увеличилось. Уровень производства пищевой промышленности в СССР в 1938 г. был примерно в 6 раз выше, чем в царской России в 1913 г. Здоровая пища стала доступна всему населению, и ее производство и потребление постоянно росло. За время второй пятилетки потребление рабочими фруктов и ягод увеличилось в три раза, потребление ветчины и других копченостей возросло в пять раз, яиц — в два раза. В 1938 г. потребление белка на душу населения составляло 100 грамм в день, в то время как в Германии оно равнялась 35 граммам. А зарплаты населения в 1938 г. увеличилось в 3 раза по сравнению с 1932 г. Но с началом Великой Отечественной Войны, в период колоссальной нестабильности, социальная политика государства оставляла желать лучшего.

К 1950 г. разрушенная войной экономика была восстановлена. Число медицинских учреждений, больничных коек, врачей не только достигло довоенного уровня, но и значительно превзошло его. В 1950 г. в стране было 265 тыс. врачей (включая зубных) и 719,4 тыс. средних медицинских работников, работало 18,8 тыс. больничных учреждений с 1010,7 тыс. коек. В сельской местности насчитывалось более 63 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. С 50-х г. из года в год увеличивались ассигнования на здравоохранение, и к 1965 г. за 4 послевоенные пятилетки финансирование подошло к рекордной цифре - 6,5% ВВП. Удалось на порядок увеличить все основные показатели материально-экономической базы здравоохранения. Число врачей с 14,6 на 10 тыс. чел. населения в 1950 г. выросло до 23,9 в 1965 г.; средних медицинских работников с 39,6 до 73,0; госпитализация в городах увеличилась в это время с 15% населения до 20,1%, в сельской местности - с 7,7% до 18,9%; число коек в больницах возросло с 57,7 до 96,0 на 10 тыс. населения; число поликлиник и амбулаторий достигло 36,7 тыс., женских консультаций и поликлиник для детей - 19,3 тыс.³. С 1948 г. при министре здравоохранения СССР Е.И. Смирнове осуществилась реформа, направленная на перестройку структуры организации здравоохранения, предусматривалось объединение больниц и поликлиник, создание в районах так называемых центральных (ЦРБ) и просто объединенных (номерных) больниц, а также изменение подчиненности санитарно-эпидемиологической службы, согласно которой районные СЭС становились самостоятельными учреждениями. В последующем вся служба санэпиднадзора стала самостоятельной, была выделена из подчинения Минздраву.

В 1960-е гг. получила развитие новая отрасль медицины – космическая медицина. Это было связано с развитием космонавтики, первым полетом Ю. А. Гагарина 12 апреля 1961 г. и другими событиями в этой области.

³ The System of Public Health Services in the USSR / By red. U.P.Lisitsin. - M.: Ministry of Health of the USSR, 1967. - P. 44.

В 60-70-х гг. при министрах здравоохранения С.В. Курашове и Б.В. Петровском сделаны шаги по направлению к интенсивному развитию отрасли.

Наряду с дальнейшим развитием сети медицинских учреждений все больше внимания уделялось развитию специализированных служб, обеспечению населения скорой и неотложной медицинской помощью, стоматологической и рентгенорадиологической помощью. Предполагались преимущественное развитие так называемых первичных звеньев - амбулаторно-поликлинических учреждений и строительство крупных многопрофильных больниц, на 1000 коек и более, и увеличение мощности существующих центральных районных больниц до 300-400 коек со всеми видами специализированной помощи. В терапии стали выделяться и развиваться отдельные специальности (кардиология, пульмонология и т. д.).

Хирургия шла вперед семимильными шагами, так как разрабатывались принципы микрохирургии, трансплантологии и протезирования органов и тканей. В 1965 году была проведена первая успешная пересадка почки от живого донора. Это было генеральной линией развития здравоохранения.

В середине 1970-х гг. активно открывались и оснащались диагностические центры, совершенствовалась охрана материнства и детства, много внимания уделялось сердечно - сосудистым и онкологическим заболеваниям.

Несмотря на все достижения, к концу 1970-х гг. советская медицина переживала период спада из-за недостаточного финансирования и недоработки определенных государственных программ по здравоохранению.

В 70-х гг. начался эксперимент по усилению экономической самостоятельности органов и учреждений здравоохранения. Это уже отход от традиционной советской системы здравоохранения - от ее чисто бюджетного варианта и полностью государственного регулирования. Главные врачи получают право оперировать финансовыми средствами по смете лечебно-

профилактических учреждений. Этот ограниченный по масштабам эксперимент стал началом введения нового хозяйственного механизма, развивающего хозрасчетные отношения, устанавливающего новые экономические принципы распределения средств, усиливающего экономическую самостоятельность регионов и районов, разрешающего платные медицинские услуги, обязывающего определять заработную плату по количеству и качеству труда медиков. И уже в конце 80-х гг. тяжелое финансовое состояние бюджетных ЛПУ обусловило введение в ряде регионов СССР НХМ. НХМ вызвал изменения в структуре органов управления лечебно-профилактическими учреждениями, в частности, создание в ряде регионов, так называемых, территориальных медицинских объединений. Многие медицинские учреждения перевели свою деятельность на принципы хозрасчета и получили право наряду с бюджетным финансированием получать доходы из других источников, и, прежде всего от оказания платных услуг. С этого момента начался переход от жесткой системы бюджетного финансирования здравоохранения, к многоканальной системе.

Эксперимент в виде НХМ здравоохранения предусматривал:

- Переход от выделения ЛПУ средств из бюджета по отдельным статьям расходов к финансированию по долговременным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую деятельность учреждений;
- Сочетание бюджетного финансирования с развитием дополнительных платных услуг населению, а также выполнением работ по договорам с предприятиями и организациями на хозрасчетной основе;
- Развитие самостоятельности и инициативы трудовых коллективов учреждений здравоохранения в решении основных вопросов производственной деятельности и социального развития;
- Установление тесной зависимости размеров фондов производственного и социального развития ЛПУ и оплаты труда каждого

работника от конечных результатов деятельности учреждения (подразделения),

– Использование различных форм хозяйствования, включая внутрисистемные арендные отношения, кооперативную и прочую деятельность.

НХМ не удалось решить проблемы финансирования здравоохранения. Причин для этого было много. Во-первых, бюджетные средства выделялись, все в меньших размерах и не могли обеспечить нормальное функционирование медицинских учреждений. А дополнительные доходы не могли обеспечить даже скудное функционирование ЛПУ, и рассматривать их как серьезный источник финансирования не приходится.

Финансирование здравоохранения стало осуществляться по остаточному принципу. Оценка по доле госбюджета, идущего на эти цели, показала, что эта доля неуклонно снижалась: 1960 (65) г. - 6,6% (6,5%), 1970 г. - 6,1%, 1980 г. - 5,0% 1985 г. - 4,6%, 1993 г. - 3,5%. Рост ассигнований в абсолютных величинах едва покрывал расходы, связанные с ростом населения страны. Здравоохранение стали включать в сферу обслуживания, внимание административно-управленческого аппарата к охране здоровья людей снизилось.

При этом расходы на здравоохранение составляли в 90-е гг. на душу населения: в США – \$2000, Турции – \$150, в России – \$50. Остаточный принцип финансирования отрасли здравоохранения, привел к тому, что состояние здоровья населения РФ стало постоянно ухудшаться.

Де-факто с развалом Советского Союза финансирование отрасли здравоохранения резко рухнуло. Возникла платная часть ранее бесплатного здравоохранения. Медицина разделилась на платную для состоятельных и на государственную для малоимущих слоев населения.

С распадом СССР, в силу политической обстановки в стране система здравоохранения в годы перехода страны с социалистического на

демократическо-капиталистический строй претерпела сильные преобразования, которые изначально не лучшим образом сказались на здоровье населения. Уход диктатуры в небытие сопровождался излишне резким переходом от чрезмерной централизации к либерализму во всех отношениях и направлениях, в том числе и в медицине. В свете глубоких социально-экономических реформ не хватало работы, жилищные условия стали ограниченными, а здравоохранение перестало выполнять свои функции настолько, насколько это было выражено в рассвет советского периода. Финансирование резко сократилось, в результате чего медицинское обслуживание перестало быть доступным всем слоям населения, снизилось влияние государственных органов и гарантий в этом отношении, и, как следствие, снизился уровень жизни и основные важнейшие показатели здоровья обширных групп населения. Причиной недостаточного поступления денег в «казну здравоохранения» было финансирование «по остаточному принципу», что было удивительно: медицина отодвинулась на второй план, перестала быть одним из наиглавнейших курсов развития. Техническое оснащение базы здравоохранения ухудшилось, качество оказания медицинской помощи неумолимо падало, сильно снизился уровень профилактической работы среди населения. Научно-медицинские исследования, не имевшие поддержки со стороны государства, проводились в гораздо меньшем объеме. Все это привело к тому, что в стране за невероятно короткие сроки нарушилось демографическое состояние: на фоне снизившейся более чем в 2 раза рождаемости, в 1,5 раза увеличилась смертность. Хотя причины этого крылись не только в недостаточности системы здравоохранения: ухудшилась криминалистическая обстановка, с которой не справлялись правоохранительные органы. В стране создавалась ситуация, о которой не вспоминали со времен послевоенных лет – социологи и демографы регистрировали ясную картину депопуляции.

Таким образом, на начало 1990 г. крайне неэффективно и неполно использовались ресурсы, направленные в русло медицины, поскольку отсутствовала четкая структура оказания медицинской помощи. Кроме того, имелся явный перекос в сторону развития дорогостоящих видов медицины, а система развития общедоступной, качественной и финансово необременительной медико-профилактической помощи не находила себе выхода.

Наступивший дисбаланс между тем, что было необходимо населению, и тем, что ему реально предоставлялось, привел к недоверию людей к системе здравоохранения, ее стали считать второстепенной.

Реформа системы здравоохранения началась в 1991 г. Она выдвигала совершенно новые принципы устранения централизации и монополизации государственного сектора здравоохранения. Также продвигались законы об обязательном медицинском страховании, внедрении рыночных механизмов и развития сети каналов финансирования лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений.

В 1991 г. был принят Закон об обязательном и добровольном медицинском страховании, основными ожидаемыми результатами которого было частичное устранение проблем финансирования медицинской отрасли и облегчение для пациентов, представляющих самые большие группы населения. Надежды, возлагаемые на реформу, не стали реальностью. Система медицинского страхования до сих пор носит незаконченный характер, однако при точном его развитии могут быть решены многие проблемы в финансовой системе обеспечения медицинской отрасли.

До 1996 г. реформы в области здравоохранения поддерживались лишь небольшим кругом энтузиастов, не находя поддержки со стороны государственного правительства. Незаконченный и недоразвитый характер

реформ привел к тому, что резко снизились объем и качество медицинской помощи, общедоступная и бесплатная медицинская помощь не гарантировалась. Кроме того, излишнее развитие коммерческой медицины привело к появлению коррупции в этой области. Здравоохранение в своем отношении претерпевало государственное регулирование, а не централизованное планирование, как раньше.

После длительного застоя, в 1996–1997 гг., ситуация стала несколько улучшаться. Улучшение это началось с принятия концепции развития здравоохранения и медицинской науки. При принятии этой концепции Правительство Российской Федерации одобрило и закрепило курс на новую стратегию проведения реформ в системе здравоохранения. С этих пор наиглавнейшей задачей в области медицины являлось объединение всех существующих систем здравоохранения путем налаживания тесных контактов между отдельными секторами, а также установление баланса в процессах централизации и децентрализации, государственного управления и самоуправления. Также устанавливались границы между государственными учреждениями и частными владениями, а следовательно, развивалась система частных поставок на рынок медицинских услуг. Устанавливалась грань между финансированием государственных структур здравоохранения и финансированием медицинских нужд и потребностей.

По-прежнему оставалось актуальным то, что «здоровье – это не когда лечишься и выздоравливаешь, а когда не заболеваешь». В связи с этим наиглавнейшей задачей после оказания необходимой медицинской помощи оставалось предоставление в полном объеме профилактических методов, дабы сохранить здоровье здоровых. Это было особенно важно в связи со все нараставшей техногенной обстановкой, открытием и изучением новых вирусов и бактерий, а также факторов, вызывающих болезни неинфекционной природы. Особую роль здесь сыграла авария на Чернобыльской АЭС, о которой еще не забыли, да и последствия ее еще

слишком сильно проявлялись. В связи с этим усилился профилактический контроль над населением, строго регламентировались ежегодные медико-профилактические осмотры на предприятиях и в учреждениях, критерии которых зависели от вида деятельности. Развивалась система выявления различных профессиональных патологий, совершенствовался государственный прививочный календарь, в который в 1996 г. было внесено изменение – введена обязательная прививка от гепатита «В» из-за обширного распространения этой инфекции, как сопутствующей ВИЧ-инфекции, так и отдельно.

В новом экономическом и общественном укладе постсоветской России утверждался приоритет человеческих ценностей и ценности самой человеческой жизни, невозможности ее пожертвования во имя исполнения каких-либо государственных задач.

2. Современная государственная политика РФ в области здравоохранения

2.1. Институциональные основы государственной политики РФ в области здравоохранения

Возрастающие запросы к системе здравоохранения актуализируют поиск путей ее оптимизации или выхода на новый уровень развития. Функционирование лечебных учреждений, взаимодействие спроса и предложения на рынке медицинских услуг, мотивационные рычаги к оказанию качественной медицинской помощи определяются в системе векторов взаимодействия основных факторов и механизмов здравоохранения. В свою очередь, механизмы и действия в отрасли здравоохранения детерминируются «правилами игры» на рынке медицинских услуг, т.е. существующей институциональной средой. Деятельность лечебных учреждений в рамках задач непрерывного улучшения качества медицинской помощи и повышения ее доступности определяет необходимость разработки вопросов эффективного функционирования институциональной среды здравоохранения.

Процессы и стратегии, влияющие на здоровье отдельных людей, включают не только те, которые относятся непосредственно к здравоохранению, но и социальные, фискальные (налогово-бюджетные), торговые и экологические стратегии государства. Принятые стратегии реализуются на всех уровнях, как в рамках формальных государственных секторов, так и через общественные движения

Необходимым условием обеспечения достаточного уровня согласованности, масштабности и интенсивности действий, способных выровнять проблему социального градиента здоровья, является

согласованный, многоуровневый подход в процессе разработки, осуществления и оценки политики в сфере здравоохранения

Вариабельность применения и эффективности межсекторального взаимодействия отражает дефицит знаний и человеческих ресурсов, а также фрагментацию институциональных механизмов в здравоохранении, которые имеют решающее значение для эффективной организации профилактики заболеваемости и оказания медицинской помощи в обществе.

Базовая инфраструктура для предоставления услуг здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях существует во всех странах⁴. Отличие заключается в распределении ответственности между уровнями данной инфраструктуры.

Институциональная модель в сфере здравоохранения включает организацию, финансирование, управление выполнением основных оперативных функций здравоохранения, охватывая как государственный, так и частный сектор, различные уровни управления и участников, как в рамках системы здравоохранения, так и вне ее⁵.

Основными параметрами осуществления основных оперативных функций здравоохранения для различных институциональных моделей является оперативный учет потребностей, запросов населения и реагирования, результативность, эффективность, устойчивость, интеграция, финансирование.

На устойчивость институциональных моделей в области общественного здравоохранения влияют также партнерства и коалиции в данной сфере, а также согласование организационных стратегий.

Выделяют три ключевых аспекта институциональных моделей в

⁴ Банан С.А. Здравоохранение: вопросы финансирования и пути решения // Вестник Томского государственного университета. 2012. № 3 (19). С. 112-117

⁵ Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А.Н. Нестеренко; предисл. и науч. ред. Б.З. Мильнера. М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997. 180 с.

секторе здравоохранения: характер организации услуг и мероприятий общественного здравоохранения, действующие механизмы финансирования мероприятий здравоохранения и структуру управления здравоохранением в обществе.

Россия имеет разветвленную инфраструктуру системы общественного здравоохранения, созданную Н.Семашко в СССР. В 1993 г. была проведена реформа финансирования здравоохранения, предполагающая создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС)⁶.

Сегодня система здравоохранения РФ отличается высокой степенью централизации и преимущественной ориентацией на общедоступность базовых медицинских услуг. Деятельность системы общественного здравоохранения РФ регулируют такие организации, как Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, федеральные службы Роспотребнадзор и Росздравнадзор, а также Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА) и Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Помимо системы общественного здравоохранения, управляемой Минздравсоцразвития России, имеются «параллельные» системы предоставления медицинских услуг сетью министерских поликлиник, санаториев и государственных медицинских учреждений. Данные функции распределены между основными участниками процесса: на федеральном уровне – Минздравсоцразвития России и подведомственные организации, на уровне субъектов РФ – региональные и местные власти, ФФОМС, территориальные фонды ОМС, частные страховые медицинские организации (СМО), осуществляющие ОМС и ДМС. В сферу ответственности Минздравсоцразвития России входит стратегическое планирование сектора здравоохранения, хотя были предприняты попытки перехода от планирования по ресурсам к планированию по конечным

⁶ Пиддэ А.Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России / Автореферат на соискание ст. д.э.н. по спец. 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством. М., 2003. 45 с.

результатам. «Бюджетирование по результатам» применяется только на стадии планирования бюджета по РФ.

Особенность финансирования системы здравоохранения РФ состоит в том, что оно практически в равной мере складывается из обязательных источников (средства, получаемые от общего налогообложения и взносов в фонды ОМС) и личных платежей граждан.

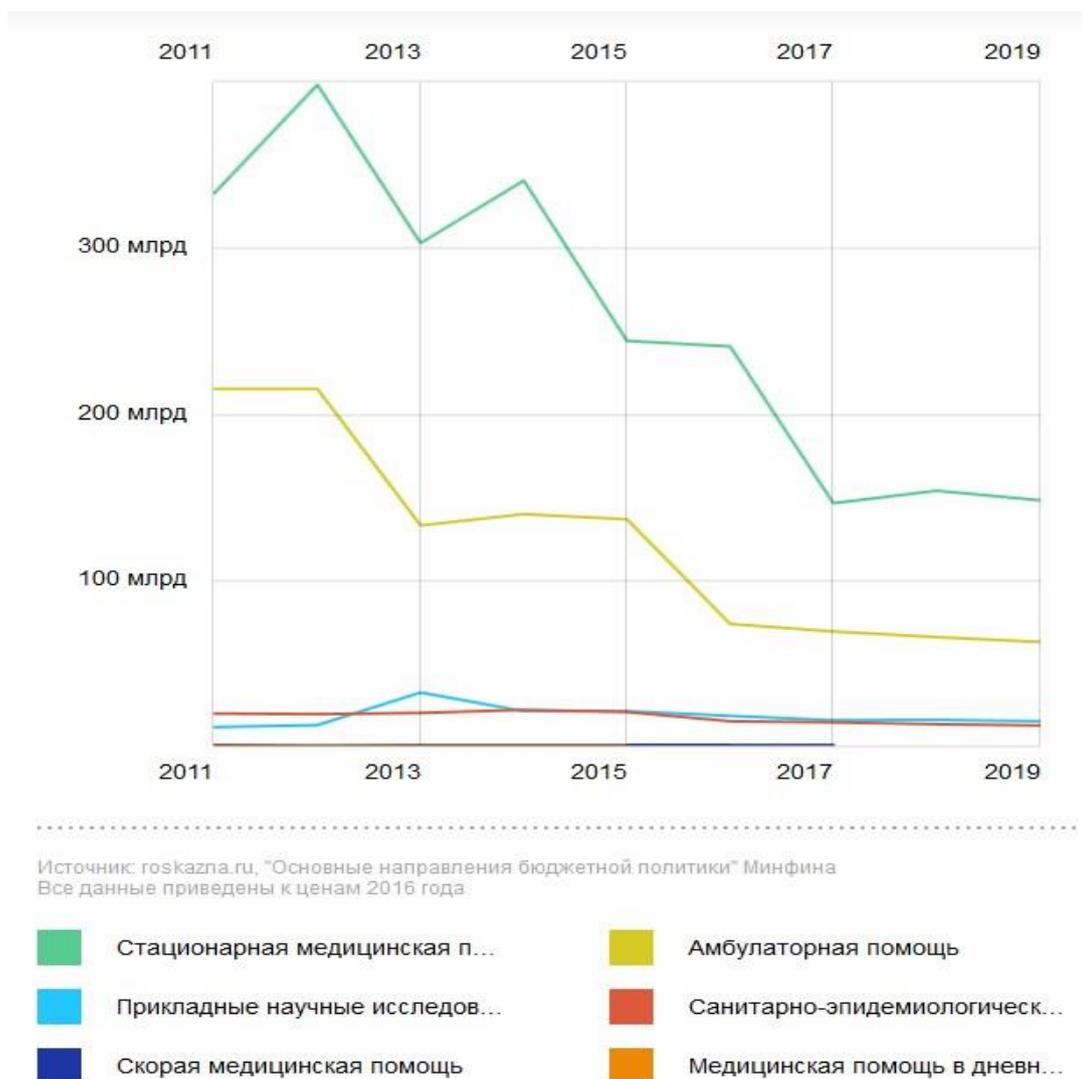


Таблица 1. Расходы РФ на здравоохранение в период с 2011-2019 гг.

Медицинская помощь финансируется: базовой программой ОМС и ассигнованиями соответствующих бюджетов. Базовая программа ОМС включает предоставление населению базовой медицинской помощи, а оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, лекарственное обеспечение льготных контингентов населения при

амбулаторном лечении и скорая медицинская помощь осуществляются из средств бюджетов

Двумя главными обязательными источниками финансирования системы здравоохранения РФ выступают средства бюджета и страховые взносы работодателей на ОМС, в виде фиксированной доли единого социального налога.

Фонды ОМС собирают страховые взносы и перераспределяют их СМО с учетом подушевой взвешенной формулы. Однако механизмы фактического получения организациями средств за приобретенные медицинские услуги существенно варьируется. СМО заключают с медицинскими учреждениями договоры и оплачивают их услуги по законченному случаю, что создает стимулы для повышения эффективности их деятельности. Финансирование медицинских учреждений также осуществляется из средств региональных и местных бюджетов напрямую, так как учреждения подведомственны органам власти соответствующего уровня⁷. Таким образом, действия медицинских учреждений во многом контролируются через структуры вертикального управления системой на региональном и местном уровнях.

Выделяются такие векторы институциональной среды РФ:

— развитие института страховой медицины. Цепочка взаимовлияний: потребитель медицинских услуг – провайдер медицинских услуг – лечебное учреждение;

— становление системы обеспечения качества медицинской помощи. Цепочка взаимовлияний: рекомендации ВОЗ – Министерство здравоохранения – стандарты медицинской помощи – лечебное учреждение – провайдер медицинских услуг – потребитель;

— формирование института семейной медицины. Цепочка взаимовлияний: потребитель медицинских услуг – врач общей практики –

⁷ Угольников В.В. Организационно-экономический механизм развития высокотехнологической медицинской помощи / Диссертация на соискание ст. к.э.н. по специальности 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством. Санкт-Петербург, 2014. 182 с.

семейной медицины;

— ориентация на первичное звено здравоохранения. Цепочка взаимовлияний: потоки финансирования – врач общей практики – семейной медицины – потребитель медицинских услуг.

Механизм взаимодействия в рамках основных векторов развития институциональной среды здравоохранения РФ представлен на рис.1.

Рамочные условия взаимодействий в институциональной среде здравоохранения формирует Министерство здравоохранения, опираясь на рекомендации ВОЗ, создавая стандарты медицинской помощи. В свою очередь, последние определяют акценты в векторе качества предоставления медицинской помощи. Кроме этого, институт качества медицинской помощи создает стандарт предоставления медицинских услуг в системе здравоохранения РФ, формирует финансовые потоки разных стоимостных порядков, а именно:

— финансовые потоки первого порядка – создаются в первичном звене здравоохранения. Предусматривают незначительный объем финансирования, направленный в основном на профилактическую помощь;

— финансовые потоки второго порядка – создаются на вторичном и третичном уровнях. Характеризуются значительным объемом, диверсифицированностью объекта оплат, превалированием доли заработной платы в общей совокупности потока денежных средств⁸;

— финансовые потоки третьего порядка – создаются на государственном уровне. Являются основой Программ, направленных на достижение нового уровня качества в предоставлении медицинской помощи.

⁸ Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 5. С.24-31.



Рисунок 1 – Механизм взаимодействия векторов развития институциональной среды здравоохранения РФ.

Потребитель медицинской помощи, провайдер медицинских услуг, лечебное учреждение, как основные факторы, функционируют на базисе, создаваемом рамочными условиями взаимодействий.

Регулирующим механизмом институциональной среды здравоохранения выступают финансовые потоки⁹. Они детерминируют качество и количество предоставляемой медицинской помощи. Институт страховой медицины определяет часть элементов данного регуляторного механизма, в частности, компенсаторную процедуру стоимости лечения. Страховые компании, являясь независимым звеном в цепочке медицинского страхования, накапливают финансовые средства клиентов, должны осуществлять контроль над их эффективным расходованием и качеством предоставляемой застрахованным медицинской помощи.

Большинство медицинских учреждений системы ОМС являются «ленивой монополией», т.е. организацией, которая вместо улучшения качества услуг предпочитает терять тех потребителей, которые им недовольны. Существование ограниченной конкуренции приводит к

⁹ Таова С.Н. Императивы институциональных преобразований в здравоохранении // Проблемы современной экономики. 2014. № 3. С.305-308

возможности «выхода» для недовольных потребителей, вследствие чего снижается давление на организацию. В результате медицинское учреждение, не неся никаких финансовых потерь из-за «выхода» потребителей и не получая обратной связи от недовольных посредством выражения «мнения», не приобретает стимулов для повышения эффективности и качества работы¹⁰.

Согласно «Проекту здравоохранения: трудовые ресурсы 2030» ВОЗ: финансирование систем здравоохранения – путь к всеобщему охвату, от 20% до 40% расходов здравоохранения могут использоваться нерационально, причем значительную часть этой цифры составляют неэффективность и слабость управления кадровыми ресурсами здравоохранения. Обновленные фактические данные, использованные для проекта глобальной стратегии, продолжают свидетельствовать о том, что руководство и управление кадрами здравоохранения, включая усиление институционального потенциала, являются важными для эффективного использования ресурсов и реализации национальных приоритетов в отношении кадров здравоохранения, особенно в первичном звене.

В проекте глобальной стратегии признается, что эффективное межсекторальное руководство в этой области требует политического участия и подотчетности на самых высоких уровнях правительства. Технические и управленческие возможности, в свою очередь, необходимы для эффективного осуществления принятых решений¹¹.

Выводы исследования и перспективы дальнейших изысканий данного направления. Три ключевые аспекты институциональных моделей в секторе здравоохранения: характер организации услуг и мероприятий общественного здравоохранения, действующие механизмы финансирования мероприятий

¹⁰ Скляр Т.М. Деятельность медицинских учреждений в российской системе здравоохранения // Вестник СПбГУ. 2007. № 4. С. 139-156.

¹¹ Предварительный второй доклад о социальных детерминантах и различиях в состоянии здоровья населения. Баку: ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2011. – 94 с.

здравоохранения и структуру управления здравоохранением в обществе определяют эффективность здравоохранения. Направления развития институциональной среды, ее векторная платформа определяют приоритеты в системе здравоохранения. В первую очередь, среднесрочные и долгосрочные. Векторы институциональной среды РФ являются: развитие института страховой медицины, становление системы обеспечения качества медицинской помощи, формирование института семейной медицины, ориентация на первичное звено здравоохранения. Регулирующим механизмом институциональной среды здравоохранения выступают финансовые потоки. Институт качества медицинской помощи создает стандарт предоставления медицинских услуг в системе здравоохранения РФ, формирует финансовые потоки разных стоимостных порядков.

2.2. Статистические показатели субъектов РФ в области здравоохранения

Российская федерация самое крупное государство мира, она занимает 1/6 часть суши и имеет площадь в 17 125 191 км², в соответствии с этим различия в уровнях развития регионов явно существенное, что непосредственно сказывается на уровне здоровья жизни населения и на экономическом развитии. Статистические данные в сфере здравоохранения по регионам настолько разнятся в показателях, что это не может не вызывать беспокойство у Министерства здравоохранения РФ.

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) разработала и составила рейтинг эффективности систем здравоохранения 85 регионов РФ за 2016 г. Этот рейтинг показал, что многие регионы могут добиться более высоких значений ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при имеющихся финансовых, кадровых и материально-технических ресурсах. Все дело в эффективности управления.

Увеличить ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) до 78 лет к 2024 году - цель поставлена в Перечне поручений по реализации Послания Президента РФ Федеральному собранию. "Это сверхзадача для отрасли здравоохранения, - подчеркнула председатель Оргкомитета конференции "Оргздрав-2018", руководитель ВШОУЗ д.м.н. Гузель Улумбекова. Она потребует огромной концентрации усилий глав регионов и организаторов здравоохранения всех уровней.

Лучшие регионы были отмечены на первом пленарном заседании конференции "Оргздрав-2018. Эффективное управление медицинской организацией", которая прошла в Москве 19 и 20 апреля 2018 г.

Эффективность означает возможность добиться того же результата за меньшие деньги или лучших результатов за те же деньги. Рейтинг основан на международной практике проведения подобных расчетов и рассчитывается

на основании 4-х показателей, каждый из которых имеет свой удельный вес при подсчете баллов.



Рисунок 2. Индекс эффективности систем здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Для расчетов использовались актуальные данные Росстата и Казначейства РФ за 2016 г. Стоит отметить, что устоявшееся мнение о том, что от деятельности системы здравоохранения здоровье населения зависит мало, - это миф. Обосновано, что в системах здравоохранения, где расходы на здравоохранение на душу населения меньше 2000 долларов, оцененных по паритету покупательной способности (ППС), есть прямая связь между государственным финансированием здравоохранения и здоровьем населения. Для справки - в 2016 г. в России госрасходы на здравоохранение составили около 850 долларов ППС на душу. Более того, расчеты ВШОУЗ на примере РФ за 2011-2016 гг. показали, что главными факторами, определяющими состояние здоровья населения страны (ОПЖ) являются - социально-экономические (уровень ВРП на душу населения), образ жизни населения (потребления алкоголя и распространенность табакокурения) и деятельность здравоохранения (подушевые государственные расходы на здравоохранение). Количественно их влияние распределяется следующим образом: от финансирования государственной системы здравоохранения ОПЖ зависит на

30%, от уровня ВРП - на 37%, от образа жизни (потребления алкоголя) - на 33%.

Веса названных показателей в рейтинге были определены путем оценки степени их влияния на ОПЖ и различий между максимальными и минимальными значениями этих показателей по всем регионам. Наибольший вес в рейтинге имеют значение ОПЖ (50%) и государственное финансирование здравоохранения (30%). Остальные факторы - ВВП на душу населения и потребление алкоголя имеют вес по 10% каждый.

Таким образом, в рейтинге по значению ОПЖ судят, каково здоровье населения, и как влияет на него работа системы здравоохранения. Тот регион, который из всех 85 субъектов РФ имеет самое большое значение ОПЖ, получает 50 баллов, самое низкое ОПЖ - 0 баллов. Самое высокое ОПЖ - в Республике Ингушетия - 80,8 года, соответственно, по этому показателю регион набирает 50 баллов.

Далее, анализируют три показателя, которые влияют на здоровье населения: подушевые государственные расходы на здравоохранение, уровень валового регионального продукта (ВРП) и потребление крепких алкогольных напитков в расчете на душу населения. По каждому из них считают баллы, которые затем суммируются для получения итогового балла с учетом веса этого фактора. Подушевые государственные расходы на здравоохранение включают все источники финансирования (бюджеты всех уровней и средства ОМС). Эти расходы определяют объемы бесплатной медицинской помощи и рассчитываются без учета коэффициента дифференциации, чтобы регионы были сопоставимы между собой. Чем ниже эти расходы, тем выше балл в рейтинге.

ВРП на душу населения отражает уровень экономического развития субъекта РФ, от его значения косвенно зависят региональные расходы на

здравоохранение и возможность населения платить за медицинские услуги из своего кармана. Чем ниже этот показатель, тем выше балл в рейтинге.

Таким образом, субъекты РФ, имеющие самые высокие значения расходов на здравоохранение и ВРП, получают самый низкий балл. И, наоборот, те, кто небогат и меньше всех потратил на медицинскую помощь, получают самый высокий балл. Например, самые высокие значения ВРП на душу населения в Ненецком, Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком автономных округах, Сахалинской области, Чукотском автономном округе, в городе Москва. Эти регионы получают самые низкие баллы по этому показателю. В этих же регионах сложились одни из самых высоких государственных расходов на здравоохранение (выше, чем в среднем по РФ, где они составляют 15,9 тыс. руб. на душу населения). Обращаем внимание, что среднее значение по РФ рассчитано по значениям финансирования здравоохранения без коэффициента дифференциации. Соответственно и по этому показателю названные регионы получают невысокие баллы.

Показатель потребления алкоголя на душу населения имеет небольшой вес - 10% и введен, чтобы нивелировать влияние на ОПЖ этого отрицательного фактора, т.е. оценить влияние только системы здравоохранения на здоровье населения. Например, известно, что чем меньше уровень потребления алкоголя, тем дольше живут граждане, однако от деятельности системы здравоохранения этот показатель зависит мало. Соответственно, те регионы, где здоровье населения не отягощено высоким потреблением спиртных напитков, получают самый низкий балл. Например, меньше всего потребляют алкоголь на душу в Северо-Кавказском и Южном федеральных округах, соответственно, эти регионы и получают самый низкий балл. А больше всего потребление крепких алкогольных напитков в Дальневосточном и Уральском федеральных округах, соответственно, регионы этих округов набирают большие баллы.

Затем все баллы суммируются и получается итоговое место в рейтинге. На первых местах по эффективности здравоохранения оказываются те субъекты РФ, которые относительно других регионов смогли добиться самых высоких показателей ОПЖ при относительно низком уровне государственного финансирования здравоохранения и ВРП.

В первую десятку рейтинга входит большинство регионов Северо-Кавказского федерального округа (СКФО): Республики - Дагестан, Ингушетия, Чеченская, Кабардино-Балкарская, а также Ставропольский край. Два региона из Приволжского федерального округа (ПФО) - Кировская область, Чувашская Республика. Из Южного федерального округа (ЮФО) в десятку вошли Республика Адыгея, Волгоградская и Ростовская области. Из Центрального федерального округа (ЦФО) никто не попал в первую десятку. На первом месте - Республика Дагестан, в ней граждане живут до 77,2 года, почти как в "новых-8" странах ЕС - Чехии, Эстонии, Венгрии, Польше, Словакии, Словении, Латвии и Литве (77,4 года в 2015 г.).

Правда, в СКФО и ЮФО благоприятный климат и граждане ведут более здоровый образ жизни. А то, что там меньше потребляют горячительные напитки, они получили вычет из суммарного балла в рейтинге.

В десятку лучших регионов попали также субъекты, которые расположены в центральной части России - Кировская область и Чувашская Республика. Как удалось, например, Республике Мордовия, она на 13 месте в рейтинге, достигнуть ОПЖ в 72,3 года, что выше, чем в среднем по РФ (71,9 года), когда на здравоохранение в этой области тратится на 4% меньше, чем в среднем по стране. Или, например, Белгородская область, она на 21 месте в рейтинге, в этом субъекте ОПЖ на 1 год выше, чем в среднем по стране (72,9 года), хотя на здравоохранение они тратят на 5% меньше.

Существенные резервы повышения эффективности здравоохранения есть в таких обеспеченных регионах, как: г. Москва (26 место), Республика Татарстан (29 место), г. Санкт-Петербург (37 место), Московская область (30 место), Самарская область (44 место), Красноярский край (73 место), Пермский край (72 место), Иркутская область (83 место), Сахалинская область (84 место). В этот список попали те регионы, которые по уровню финансирования здравоохранения и экономическому положению точно могли бы добиться лучших результатов в значении ОПЖ. Если бы при существующем уровне финансирования ОПЖ у них было выше, то они поднялись бы в рейтинге. Например, Москва при уровне ВРП на душу населения, выше чем в ЕС в среднем, должна иметь ОПЖ не 77 лет (2016 г.), а как в странах ЕС - 80- 81 год.

Замыкают список десять самых низких по эффективности здравоохранения регионов - Свердловская область, Тверская область, Республика Коми, Еврейская автономная область, Республика Хакасия, Камчатский край, Магаданская область, Иркутская область, Сахалинская область, Чукотский автономный округ. Этим регионам необходимо самое пристальное внимание уделить вопросам охраны здоровья граждан, в том числе доступности и качеству медицинской помощи.

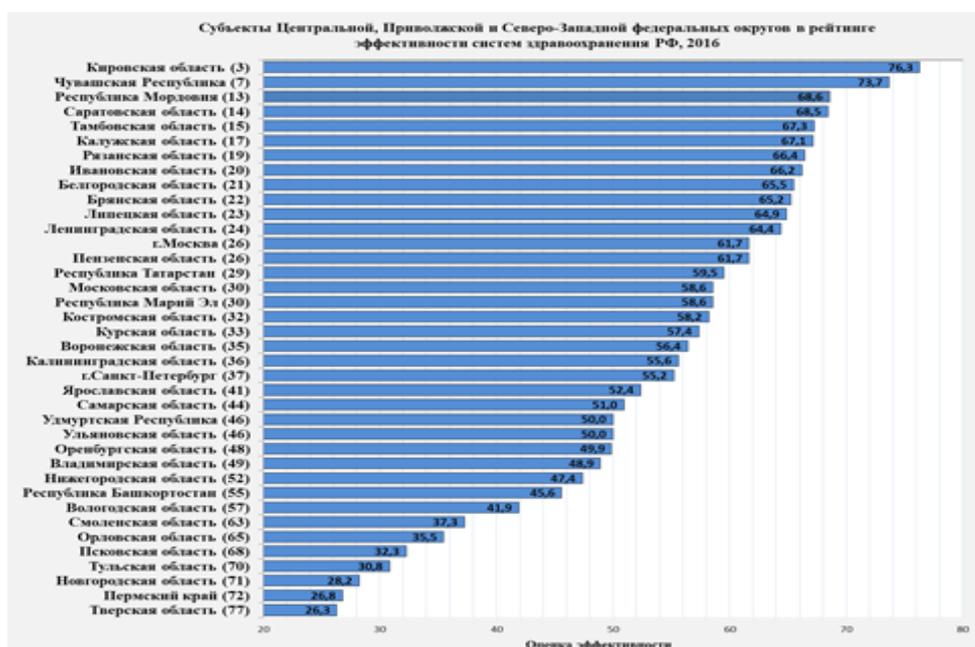


Рисунок 3. Рейтинг эффективности здравоохранения Центральной зоны (всего 38 регионов) в 2016 г. показан на рис. 2. В скобках указано место региона в общем рейтинге.

Видно, что на первом месте - Кировская область, Республики Чувашия и Мордовия. В Кировской области ОПЖ практически на уровне среднего значения по РФ (71,7 года), хотя на здравоохранение они тратят на 9% меньше, чем в среднем по стране. А вот в Новгородской области расходы на здравоохранении находятся на уровне среднего значения по РФ, однако ОПЖ в регионе на 2,7 года ниже, чем в среднем по РФ.

Рейтинг эффективности здравоохранения субъектов Южной зоны (всего 15 регионов) в 2016 г. показан на рис. 4.

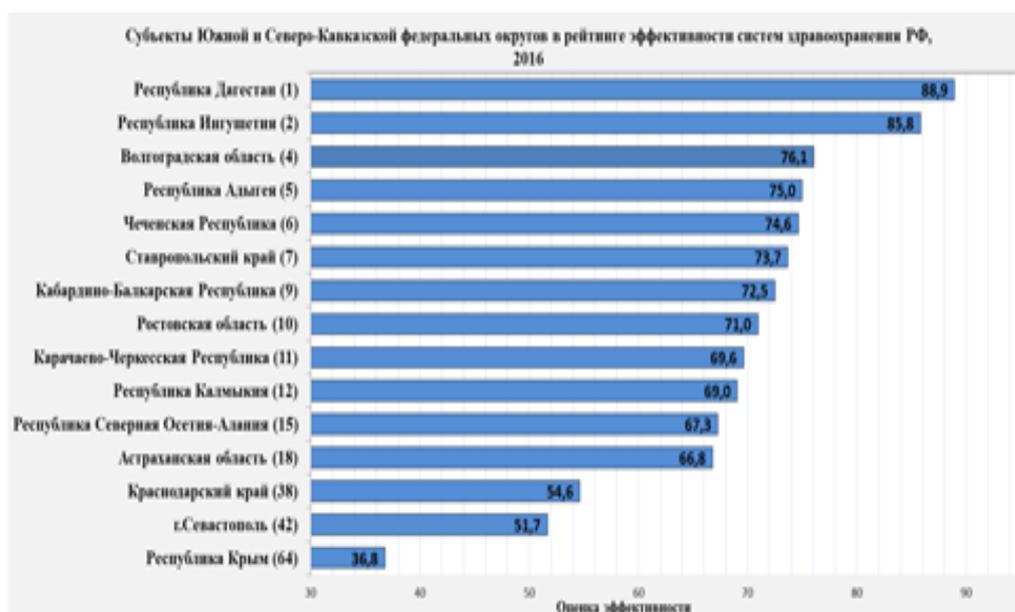


Рис. 4. Рейтинг эффективности здравоохранения субъектов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов

На первых местах Республики Ингушетия и Дагестан, Волгоградская область. В Республике Ингушетия самое высокое значение ОПЖ среди всех субъектов РФ - 80,8 года, при этом на здравоохранение в регионе тратится на 9% меньше, чем в среднем по РФ. В Волгоградской области ОПЖ 72,5 года,

что на 0,6 лет выше, чем по РФ в среднем, при этом на здравоохранение в этой области тратят на 32% меньше, чем по РФ в среднем. Правда, следует отметить, что низкие расходы на здравоохранение могут в последующие годы обернуться снижением позиции в рейтинге, так как неизбежно связаны со снижением доступности и качества медицинской помощи.

Республике Крым и Краснодарскому краю придется серьезно подтянуться. В Крыму сегодня ОПЖ на 2,1 года ниже, чем в Краснодарском крае. Но сам Краснодарский край отстает по ОПЖ на 0,6 года от Ставропольского края. При этом в Ставрополье тратят на здравоохранение на 10% меньше, чем у них. Краснодарский край, чтобы серьезно подняться в рейтинге должен иметь ОПЖ как минимум на 1 год выше, чем сегодня.

Рейтинг эффективности субъектов Уральской и Зауральской зоны (всего 20 регионов) в 2016 г. показан на рис. 5.

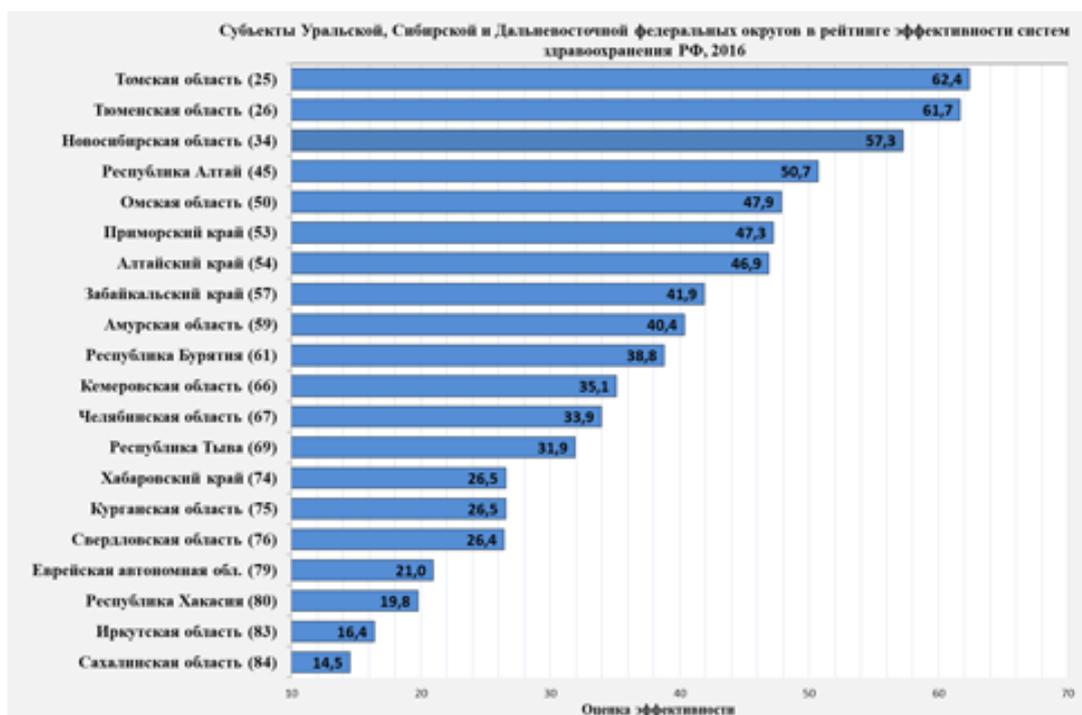


Рис. 5. Рейтинг эффективности субъектов Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов

Первыми в списке оказались - Томская, Тюменская и Новосибирская области. В Томской области ОПЖ практически на уровне среднего значения по РФ (71,7 года), хотя на здравоохранение они тратят на 9% меньше, чем в среднем по стране. В богатейшей Сахалинской области на здравоохранение тратится на 76% больше, чем в среднем по РФ, однако это не позволяет добиться значимых результатов - ОПЖ в регионе на 3,2 года ниже, чем в среднем по РФ.

Рейтинг эффективности здравоохранения субъектов Арктической зоны (всего 12 регионов) в 2016 г. показан на рис. 6.

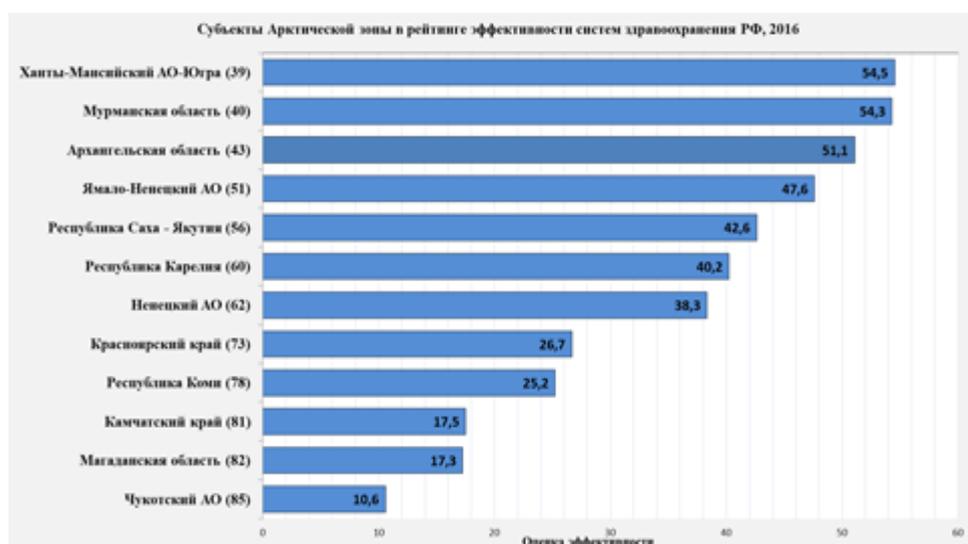


Рис. 6. Рейтинг эффективности субъектов Арктической зоны

Ханты-Мансийское здравоохранение оказалось на первом месте несмотря на то, что госрасходы на здравоохранение у них на 48% больше, чем в среднем по стране. Это место им обеспечило высокое ОПЖ - на 1,6 года выше, чем в среднем по РФ и самое высокое в Арктической зоне. Самое низкое значение ОПЖ (64,4 года) - в Чукотском АО и Магаданской области, хотя в этих регионах на здравоохранение тратится на 50% больше, чем в среднем по РФ.

Рассматриваемый рейтинг - это, конечно, макро-срез в анализе деятельности здравоохранения регионов в сравнении друг с другом. В чем могут быть причины низкой эффективности здравоохранения в регионах?

Первая причина - это неверно выстроенные приоритеты в расходах. Например, дефицитные средства здравоохранения можно потратить на стройки и оказание дорогостоящих видов медицинской помощи, например, ЭКО, или же направить на бесплатные лекарства для большинства населения. Ведь с 2012 по 2016 г. по стране государственные расходы на здравоохранение не только не выросли, но и сократились в реальных ценах. А в такой ситуации, если по какой-то статье расходов прибыло, то значит, где-то убыло. Значит нужно следить, чтобы расходы шли только по приоритетным статьям, которые будут способствовать улучшению здоровья большинства населения. Для РФ важнейшими приоритетами должны стать - улучшение здоровья детей и подростков, среди которых первичная заболеваемость по сравнению с Советским временем возросла в разы (в 1,6 у детей и 2,4 раза у подростков). Также приоритетны расходы на снижение смертности российских мужчин, которые в 2016 г. жили почти на 11 лет меньше, чем российские женщины.

Вторая причина низкой эффективности здравоохранения в регионах - это дефицит врачей, особенно в амбулаторно-поликлиническом звене. Не попадешь к врачу вовремя, значит, есть риски ухудшения здоровья.

Третья причина - неудовлетворительное качество медицинской помощи. А его только контрольными проверками не улучшить. Для этого нужны системные меры по подготовке и повышению квалификации врачей, внедрение стандартов безопасности пациентов в лечебных учреждениях. И, наконец, чтобы система здравоохранения была эффективной, нужны грамотные управленцы, владеющие современными методами управления лечебными учреждениями. Чтобы эффективно управлять, недостаточно быть

хорошим врачом, необходимо владеть знаниями в сфере управления, экономики и финансов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью курсовой работы являлось рассмотрение теоретико-методологических основ государственной политики в сфере здравоохранения, а также анализ развития системы здравоохранения в регионах РФ.

В результате проведенного исследования автор пришел к следующим выводам:

Подводя итоги, можно утверждать, что важным условием развития государства во всех сферах является охрана здоровья граждан. Без системы здравоохранения не способно «жить» ни одно современное государство. Это было не раз подтверждено историей Российского государства. После распада СССР Российская Федерация с трудом справилась с социальными потрясениями. Демографический кризис уничтожал государство изнутри: малая рождаемость, высокая смертность из-за отсутствия медицинской помощи, наркомания и алкоголизм – все это последствия той слабой социальной политики. На современном этапе в системе здравоохранения все более или менее стабилизировалось, население РФ может получить медицинскую помощь в виде услуг в большем объеме, чем в 90 гг. Однако, учитывая то, что Россия обладает огромными территориальными владениями, качество предоставления медицинских услуг весьма разнится. Если на западе страны здравоохранение развито на должном уровне, то на востоке ситуация выглядит несколько иначе, и не в лучшую сторону, так как регионы востока страны, такие как Еврейская АО экономически слабо развиты, и имеют проблемы с демографией.

Таким образом, обязательным фактором всеобъемлющего развития России является качественная медицина и здоровье граждан. Россия как никто другой за всю историю своего существования знает об этом на своем горьком опыте.

«Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля» - Уильям Шекспир.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Шульмин А.В., Тихонова Н.В., Аверченко Е.А., Козлов В.В., Смердин С.В. Качество жизни населения как компонент перспективного развития муниципального здравоохранения // Медицина в Кузбассе. 2011. № 2. С. 8-12.
2. Кривошей В.А., Школкина Н.В. Качество жизни и показатели уровня жизни населения // Фундаментальные и прикладные исследования кооперативного сектора экономики. 2013. № 4. С. 3-6.
3. The System of Public Health Services in the USSR / By red. U.P.Lisitsin. - М.: Ministry of Health of the USSR, 1967. - P. 44.
4. Банан С.А. Здравоохранение: вопросы финансирования и пути решения // Вестник Томского государственного университета. 2012. № 3 (19). С. 112-117
5. Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Пер. с англ. А.Н. Нестеренко; предисл. и науч. ред. Б.З. Мильнера. М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997. 180 с.
6. Пиддэ А.Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России / Автореферат на соискание ст. д.э.н. по спец. 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством. М., 2003. 45 с.
7. Угольников В.В. Организационно-экономический механизм развития высокотехнологической медицинской помощи / Диссертация на соискание ст. к.э.н. по специальности 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством. Санкт-Петербург, 2014. 182 с.
8. Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 5. С.24-31.
9. Таова С.Н. Императивы институциональных преобразований в здравоохранении // Проблемы современной экономики. 2014. № 3. С.305-308

- 10.Скляр Т.М. Деятельность медицинских учреждений в российской системе здравоохранения // Вестник СПбГУ. 2007. № 4. С. 139-156.
- 11.Предварительный второй доклад о социальных детерминантах и различиях в состоянии здоровья населения. Баку: ВОЗ, Европейское региональное бюро. 2011. – 94 с.
- 12.Мамедова О.В. Платные медицинские услуги в контексте институциональных изменений системы российского здравоохранения// Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2014. № 2 (34). С. 88-92.
- 13.Арбитайло И.Я., Давыденко В.А. Ситуация рынка медицинских услуг в России и в мире: вчера, сегодня, завтра // Вестник Тюменского государственного университета. 2014. № 8. С. 64-73.
- 14.Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В., Киселев С.Н. Проблемы эффективного развития системы здравоохранения Дальневосточного федерального округа Российской Федерации в условиях модернизации // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 2. С. 114-117.
- 15.Гайдар Е. Т. Долгое время. Россия в мире: очерки экономической истории. – М.: Дело, 2005. – с. 578, 582.