

М.В. Степанова

## АНАЛИЗ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2020 ГОДА

*Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

**Аннотация.** В статье представлен анализ Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. Исходя из того, что большая часть пути по внедрению данной Концепции уже пройдена, мы можем сделать некоторые выводы о том, что должно было быть и что есть на данный момент. Это позволяет нам в дальнейшем принять корректировки в данную Концепцию для наиболее эффективной работы по развитию здравоохранения в Российской Федерации.

**Ключевые слова:** концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации, здравоохранение, медицинский персонал, медицинская помощь.

M.V. Stepanova

## THE ANALYSIS OF THE CONCEPT OF HEALTHCARE DEVELOPMENT IN THE RUSSIAN FEDERATION UNTIL 2020

*Urals State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation*

**Abstract.** The article presents the analysis of the concept of development of the health system in the Russian Federation until 2020. Based on the fact that most of the way for the introduction of this Concept has already been passed, we can draw some conclusions about what was supposed to be and that is at the moment. This allows us to make future adjustments to this Concept for the most efficient operation for health development in the Russian Federation.

**Keywords:** the concept of development of the health system in the Russian Federation, health care, medical staff, medical care.

Пункт 1 Концепции развития здравоохранения в РФ до 2020 года (далее — Концепция) [1] говорит о том, что приоритетами государственной политики являются сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. В Концепции представлены основные цели, задачи и способы совершенствования здравоохранения РФ до 2020 года. Так как реализация данной Концепции началась с 2009 года, данные статистики представлены на конец 2008 года. Прошло уже 7 лет, и это позволяет сказать, что данные устарели и на основе новых данных мы можем сделать некоторые выводы о качестве разви-

тия Концепции и о том, как она в реальности работает.

Исходя из приоритетных задач государственной политики, мы можем говорить о том, что целью внедрения Концепции является не только увеличение продолжительности жизни, а также улучшение ее качества. Основным показателем развития страны является демографическая ситуация.

Численность населения: по сравнению с данными, приведенными в Концепции, мы можем отметить увеличение численности населения. Так, на конец 2008 г. насчитывалось порядка 141,9 миллиона человек постоянного населения РФ, по данным Росстата, на конец 2014 г. численность населения составляла

143,7 миллиона человек, что на 1,8 миллиона человек больше предыдущего взятого периода. Ожидаемая продолжительность жизни: в 2007 г. ожидаемая продолжительность жизни составляла 67,65 года, а в 2014 г. она достигла 70,93 года.

Число умерших по основным классам причин смерти:

1. Заболевания системы кровообращения: в 2008 г. от заболеваний системы кровообращения погибло 1 185 993 человека, по этой же причине в 2014 г. умерло 940 489 человек, что существенно ниже уровня 2008 года.

2. Онкологические заболевания: от новообразований за 2008 г. погибло 289 257 человек, в 2014 г. эта цифра составила 290 400 человек.

3. Внешние причины: смертность от внешних причин значительно сократилась по сравнению с уровнем 2008 г. Так, если в 2008 г. было зарегистрировано 244 463 смерти, то к 2014 г. этот показатель сократился до 186 779. По-прежнему основной причиной смертности в данной категории является чрезмерное потребление крепких спиртных напитков.

Параллельно с данными официальной статистики, приведенной на сайте Федеральной службы государственной статистики, считаем не лишним представить данные опросов населения по удовлетворенности здравоохранением в РФ, проведенных Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в 2008-м и 2013 годах [2]. Был задан всего один закрытый вопрос: «По вашему мнению, в каком состоянии — хорошо, удовлетворительном или плохо — находится сегодня в нашей стране здравоохранение?». В опросах принимали участие по 1600 человек. Распределение ответов представлены в таблице.

Таблица

**Состояние российского здравоохранения**

Варианты ответа	2008 год, %	2013 год, %
В хорошем	5	6
В удовлетворительном	40	37
В плохом	53	55
Затрудняюсь ответить	2	1

Итак, мы видим, что, по мнению общества, ситуация в здравоохранении до начала внедрения Концепции и за первые 4 года ее реализации практически не изменилась. Конечно, мы не можем не доверять данным Федеральной

службы государственной статистики, но также мы не можем не доверять и мнению социума. Хотя и тот, и другой показатель является очень условным.

Реализация программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Под этим сложным названием, по сути, подразумевается система обязательного медицинского страхования (ОМС). С 1998 г. Правительством РФ ежегодно принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, обеспечиваемой за счет средств бюджетной системы РФ. С 2005 г. Правительством РФ ежегодно утверждаются нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одного жителя. Ежегодно эти нормативы индексируются, но из-за сильной дифференциации и раздробленности субъектов РФ во многих субъектах остаются критически низкими. По сути своей система ОМС в РФ носит налоговый характер, так как большая часть средств системы ОМС доводится до лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) через частные страховые организации, которые никак не заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и снижении издержек на ее оказание. Наоборот, они заинтересованы в том, чтобы круговорот денег между ними и ЛПУ был максимально активным, вследствие чего у частных страховых организаций есть возможность процветать и набирать силу.

Дополнительным источником поступлений средств в ЛПУ являются платные медицинские услуги и система добровольного медицинского страхования (ДМС). На системе ДМС хотелось бы остановиться поподробнее. На данном этапе система ДМС в РФ не является эффективной вследствие ряда причин: граждане РФ вступают в систему ДМС самостоятельно, т.е. платят деньги из собственного кармана, и если даже полис ДМС гражданину покупает работодатель, то списки ЛПУ, принимающих данный полис, и собственно самих мероприятий, входящих в программу ДМС, очень невелики.

По нашему мнению, в РФ системы ОМС и ДМС должны развиваться параллельно — в тандеме. Систему ОМС отменять никак нельзя, т.к. есть слабозащищенные слои населения, но для трудоспособных граждан нужно внедрять систему ДМС, причем чтобы человек не

оплачивал полис из своего кармана, а получение полиса входило бы в соцпакет от работодателя. Конечно, для того, чтобы работодатель был заинтересован в обеспечении своих работников гарантиями на получение, по сути, той же самой бесплатной медицинской помощи (для гражданина она будет являться бесплатной), работодателей нужно стимулировать. Возможно, таким стимулом будет являться снижение налога на прибыль. Также стимулом для работодателя может стать гарантия государства по какой-то части товаров и услуг, реализации производимых данной организацией. Вместе с тем, нужно увеличивать сеть ЛПУ, принимающих полис ДМС и список самих мероприятий, проводимых в рамках данного полиса.

Система организации медицинской помощи населению. В настоящее время в РФ существуют следующие структуры оказания медицинской помощи населению: амбулаторно-поликлиническая, стационарная и скорая. По-прежнему данные структуры мало взаимодействуют друг с другом, хотя, по сути, они должны быть интегрированы друг в друга.

В современном российском здравоохранении пытаются сделать акцент на «систему профилактики» и «помощи за один день», т.е. создать такую систему здравоохранения, чтобы в минимальные сроки пациент мог получить максимальное количество и высокое качество медицинской помощи. Именно по этой причине с 2013 г. началась ежегодная диспансеризация определенных групп взрослого населения, которая проводится для граждан, застрахованных в системе ОМС. Диспансеризация проводится гражданам один раз в 3 года.

Сейчас, по нашему мнению, российское здравоохранение имеет две наиболее острые проблемы: острую нехватку специалистов и недостаточное оснащение ЛПУ высококласным оборудованием. Мы можем сказать о том, что эти проблемы напрямую связаны с недостаточным финансированием системы здравоохранения, но так ли это? Ведь чем больше выделяется денег, тем больше их будет тратиться. Действительно, наиболее оптимальное решение данной проблемы — не увеличение финансирования, а его перераспределение.

В настоящее время в РФ пытаются создать попытку такого перераспределения путем закрытия мелких поликлиник, объединения их с более крупными и сокращения койко-мест

в стационарах. Это делается не только с целью улучшить оснащение ЛПУ, но и с целью повысить заработную плату работников сферы здравоохранения с целью привлечения молодых специалистов. По нашему мнению, нужно не только привлекать молодых специалистов, но и провести, так сказать, строгий «отбор» среди имеющихся, так как даже специалисты с большим стажем работы далеко не всегда компетентны. Многие из них не заинтересованы в благоприятном исходе для пациента. Ведь они получают заработную плату просто за часы, которые проводят на работе. В связи с попыткой перераспределения средств бюджета, выделяемых на здравоохранение, появилась и еще одна проблема: стали закрывать мелкие поликлиники, фельдшерские пункты и кабинеты доврачебной помощи в деревнях и селах, удаленных от крупных городов. Мы считаем, что такого быть не должно, так как порой даже машина скорой медицинской помощи не успевает доехать до человека, которому стало плохо, либо просто не может проехать из-за отсутствия дорог, ведущих к данному населенному пункту.

Отдельно хотелось бы поговорить об этапах реализации Концепции. Всего выделяется 3 этапа: 2009—2010 гг., 2010—2015 гг. и 2016—2020 гг. Сейчас закончился второй этап реализации концепции, но вопрос доукомплектования ЛПУ квалифицированными кадрами так и остался висящим в воздухе.

Что же ждет нас в будущем? Третий этап (2016—2020 гг.) подразумевает развитие системы первичной медико-санитарной помощи, внегоспитальной лечебной помощи, патронажа и реабилитации, стационарной медицинской помощи, которая будет представлять собой оказание эффективной помощи больным, нуждающимся в контроле и коррекции жизненно важных функций, проведения диагностических и лечебных мероприятий, требующих круглосуточного наблюдения за больными.

Дальнейшее формирование здорового образа жизни населения тоже входит в данный этап. Это очень важно, так как именно формирование здорового образа жизни является основой профилактики. СМИ сейчас полны социальными роликами о вреде курения, о пользе спорта и т.п.; на уличных стендах все чаще появляется реклама о необходимости объяснять детям элементарные вещи.

В то же время в Концепции совершенно забыли упомянуть о дополнительном образовании кадров. Речь здесь не идет о профильном образовании (в медицину без него просто не возьмут), речь идет о работе с инновациями, которые порой сложны для понимания людей определенных возрастных и социальных групп. Сейчас на местах происходит так: работникам выдали компьютеры либо новое, качественное, высокотехнологичное оборудование, но не научили им пользоваться.

Да, действительно разумно попытаться достичь соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала 1 к 7—8 для патронажной службы Российской Федерации с последующей передачей части обязанностей врача среднему медицинскому персоналу, но для этого нужно менять систему образования в колледжах и обучать уже имеющийся персонал работать по-другому.

В заключение хотелось бы поднять, наверное, наиболее болезненную тему. Вопрос о том, что все написанное в Концепции — это лишь техническая сторона вопроса. Также стоит задуматься о моральном облике сотрудников системы здравоохранения и об этике их общения с пациентами.

Мы считаем, что нужно ввести отбор медицинского персонала не только по профессиональным качествам; стоит проводить отбор по личностным качествам человека, планирующего работать в системе здравоохранения. И, возможно, стоит проводить эти действия еще на уровне поступления в учреждения профильного медицинского образования.

С другой стороны, стоит отметить, что работник сферы здравоохранения не должен ориентироваться на деньги. Точнее, конечной целью для медицинского работника не должно быть получение прибыли. Здравоохранение должно работать на человека и для человека. Но как же это воплотить в жизнь, учитывая тот факт, что медицинские работники — тоже люди и у них есть простые человеческие потребности, есть дети, нужно где-то жить? И вот тут, по нашему мнению, идеи Концепции очень верны. Если увеличить заработную плату сотрудникам и она будет на достойном уровне, то последние, в свою очередь, не будут ориентированы на получение прибыли и будут видеть человека, а не деньги.

Другой важной идеей Концепции является повышение ответственности пациентов за свое здоровье. Сейчас граждане РФ считают, что медицина всемогуща и медицинский персонал априори обязан им — обязан лечить, слушать, сочувствовать. Но сами пациенты решительно ничего не хотят делать для того, чтобы избежать возможных заболеваний, а в случае их возникновения стараться как можно быстрее и качественнее вылечить их.

Медицинский работник — это профессия системы «человек — человек», и поэтому нужно менять не только отношение представителей профессии к своей деятельности, но и отношение пациентов к людям, которые хотят им помочь, несмотря на их пол, возраст, социальный статус, религиозную и расовую принадлежность.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Всероссийский центр изучения общественного мнения [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://wciom.ru/zh/print\\_q.php?s\\_id=583&q\\_id=41920&date=21.12.2008](http://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=583&q_id=41920&date=21.12.2008).
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.