

## Российское здравоохранение до и после кризиса: состояние и проблемы

© 2010 С.Э. Ермакова

кандидат экономических наук, доктор делового администрирования

Самарский медицинский университет

E-mail: incor\_@mail.ru

В статье рассматриваются вопросы состояния российской системы здравоохранения до и после кризиса. Описываются основные проблемы в сфере охраны здоровья населения, которые привели к кризисному состоянию здравоохранения. Обосновывается целесообразность внедрения процессно-ориентированных технологий управления с целью модернизации экономики лечебно-профилактических учреждений.

*Ключевые слова:* экономика здравоохранения, управление в здравоохранении, кризис, процессно-ориентированное управление.

Медицинские учреждения в России сталкиваются в настоящее время с многочисленными трудностями как социально-экономического, культурного плана, так и управленческого характера. По мнению большинства исследователей и практикующих специалистов, нынешнее состояние российской системы охраны здоровья населения и здравоохранения может быть оценено как кризисное. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи, снижаются показатели здоровья населения и смертности. Неблагополучное состояние этой сферы грозит перерасти в серьезную социальную проблему.

Причины кризисного состояния многослойны, и для их устранения необходимо проведение комплексного реформирования всего российского здравоохранения, включая систему мероприятий по модернизации и диверсификации экономики здравоохранения в целом и обеспечению эффективности и результативности деятельности каждого медицинского учреждения в частности. Точечные финансовые вливания не помогут решить накопившиеся проблемы. Именно поэтому одной из важнейших управленческих задач сегодня становится эффективное использование ограниченных финансовых, материальных и других ресурсов здравоохранения в условиях выраженной конкуренции за обладание ими. Как показал предыдущий опыт попыток реформирования российской системы здравоохранения, вкладывать ограниченные ресурсы с целью повышения эффективности ее функционирования, а тем более, для обеспечения ее экстенсивного развития, вообще неактуально. Целесообразно, скорее, сконцентрировать усилия и средства на восстановлении ее управляемости, а уже в дальнейшем перейти к повышению эффективности работы учреждений здравоохранения<sup>1</sup>.

Указанные и многие другие факторы определяют необходимость принятия самых разных решений с целью повышения эффективности системы здравоохранения. Только при выполнении этого условия можно надеяться на успешное внедрение инновационных технологий лечения, обеспечивающих реализацию главной цели реформирования здравоохранения - повышение качества и доступности медицинских услуг населению России. Именно через призму высказанных положений попытаемся рассмотреть весь комплекс проблем, накопившихся в российской системе здравоохранения.

По оценкам, общая социально-демографическая цена реформ составила 650 млн. лет человеческой жизни. "Коэффициент жизнестойкости россиян составляет 1,4, в то время как 2 балла являются пороговым значением, указывающим на необходимость срочных мероприятий по оптимизации всей системы здравоохранения: в сфере экономики, экологии, медицины, образования и других социальных институтов"<sup>2</sup>.

Специалисты характеризуют состояние здравоохранения как самое худшее в социально-экономической сфере нашей страны. По уровню экономического развития и реальных доходов населения среди 210 стран мира Россия занимает 55-е место, по образованию - 30-е, а по продолжительности жизни и уровню смертности - 105-е место, в том числе мужчин - 140-е, по здравоохранению - 130-е. Если по основным экономическим показателям Россия вплотную подошла к границе развитых стран, то по показателям здоровья и здравоохранения мы уступаем большинству развивающихся стран, которые отстают от нас по уровню развития, и находимся среди группы слаборазвитых, бедных стран. Даже в Индии, где уровень экономического развития в

5 раз ниже, чем в России, продолжительность жизни мужчин выше показателей нашей страны, а смертность ниже. В настоящее время только в России из всех стран мира мужчины живут на 12 лет меньше женщин, а в трудоспособном возрасте их умирает в 4 раза больше, чем женщин. Средняя продолжительность жизни в развитых странах составляет 78-82 года, а в России 67,5 года.

Приведем данные по смертности населения в России в сравнении с показателями развитых и развивающихся стран (рис. 1). В России в 2009 г. смертность населения составила около 2 млн. чел.<sup>3</sup>

В нашей стране идет самый высокий процесс депопуляции населения, т.е. его вымирания, когда смертность превышает рождаемость на 363,5 тыс. чел., или 2,6 на 1000 чел. Представим так называемый “Русский крест” (рис. 2).

Важнейшие мероприятия, направленные на исправление сложившегося положения дел со здоровьем населения, составили программу приоритетного национального проекта “Здоровье” (2006-2008). Правительством были сделаны крупные инвестиции в здравоохранение (за 2 года -

216,2 млрд. руб. без учета затрат из средств Федерального фонда ОМС и Фонда социального страхования), но накопленные проблемы остаются весьма значительными. К ним относятся следующие.

Во-первых, крайне низкая эффективность использования жестко ограниченного количества всех видов ресурсов. Данная парадоксальная, с точки зрения управления, ситуация объясняется тем, что работа организаций здравоохранения не зависит от результата своей деятельности. Например, хирург оперирующий может получать меньше, чем хирург, не оперирующий вообще, так как у второго просто больше стаж работы. Оплата труда медицинских работников, которая также фактически не связана с проделанной работой<sup>4</sup>.

В настоящее время доля неэффективных расходов от общего объема бюджета субъекта Российской Федерации на систему здравоохранения составляет 7,6% (для сравнения в 2007 г. - 5,3%). Главная причина - это избыточная численность персонала, особенно прочего, на который приходится 81% от всех неэффективных расходов (2007 г. - 66%, т.е. прослеживается явно поло-

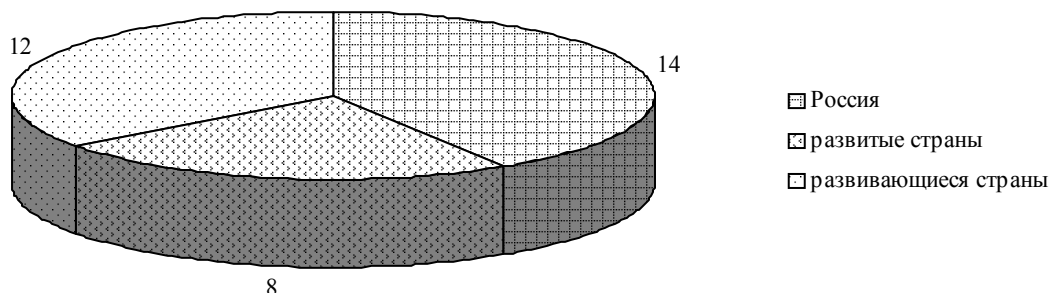


Рис. 1. Смертность населения России, развитых и развивающихся стран на 1000 чел. в 2009 г.

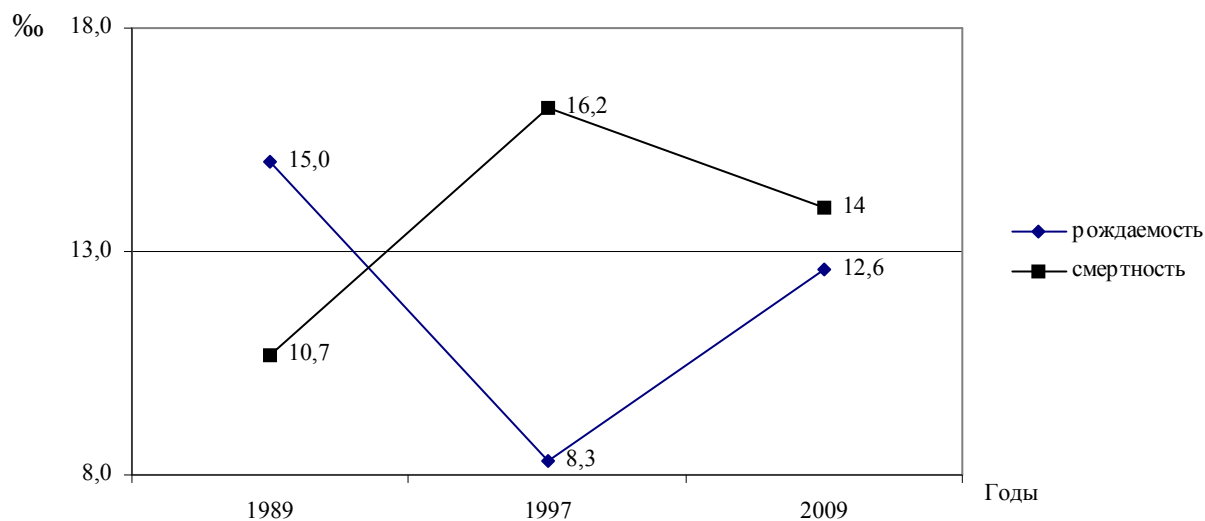


Рис. 2. Депопуляция населения России. “Русский крест”

Источник. Материалы Международной научно-практической конференции. М., 2010. Доклад академика А.Г. Аганбегяна.

жительная динамика); на неэффективное управление скорой медицинской помощи - 3,6%, а на неэффективное управление объемами стационарной помощи - 15% (данные 2007г. - 4,7% и 29%, соответственно)<sup>5</sup>. Эта информация наглядно представлена на рис. 3.

Нельзя не отметить, что рост доли неэффективных расходов зафиксирован в 60 регионах, причем максимальное число расходов приходится на Республику Тыва - 22,3 % (см. рис. 4). Только в регионах, где активно используется аутсорсинг и отмечается снижение численности немедицинского персонала, неэффективные расходы значительно ниже (Волгоградская, Калининградская, Томская, Свердловская, Пермская области, Красноярский край, Чувашия, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономный округ и др.). Низкая доля неэффективных расходов в регионах Северо-Кавказского федерального округа свидетельствует лишь об отсутствии доста-

точного количества ЛПУ и дефиците медицинских работников, но никак не о благополучном состоянии дел в здравоохранении.

Во-вторых, неадекватность и несоответствие процесса затрат на здравоохранение реальным потребностям населения РФ, хотя эксперты утверждают, что от усилий здравоохранения зависит всего лишь 15-20% в плане здоровья людей<sup>6</sup>. В США расходуется на нужды системы здравоохранения 15-16% валового внутреннего продукта (ВВП) (или 6670 долл. на душу населения), в Англии и других развитых странах Европы - 7-10% (в среднем 8%). В России менее 5% ВВП, в том числе за счет государства 3,8% и за счет населения более 1%, в расчете на душу населения это составляет 350 долл., или в 19 раз меньше, чем в США. Представим расходы на здравоохранение в процентах к ВВП (рис. 5).

В-третьих - это бессистемность в выборе направлений реформирования, отсутствие комп-

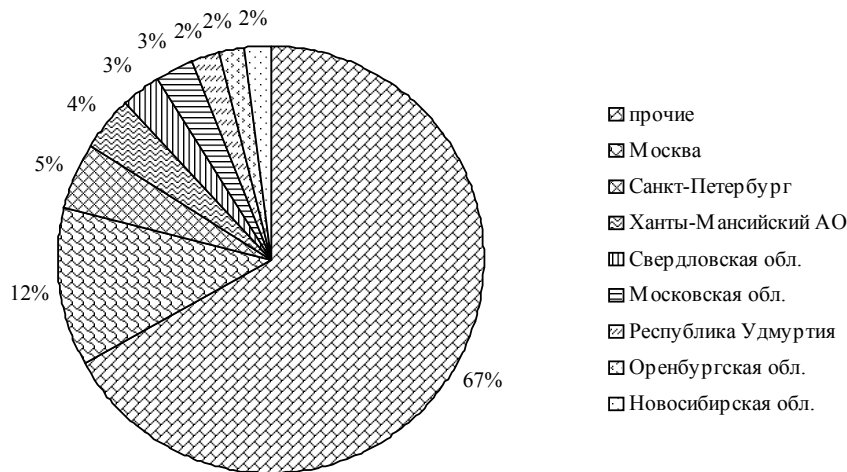


Рис. 3. Доля неэффективных расходов в сфере здравоохранения

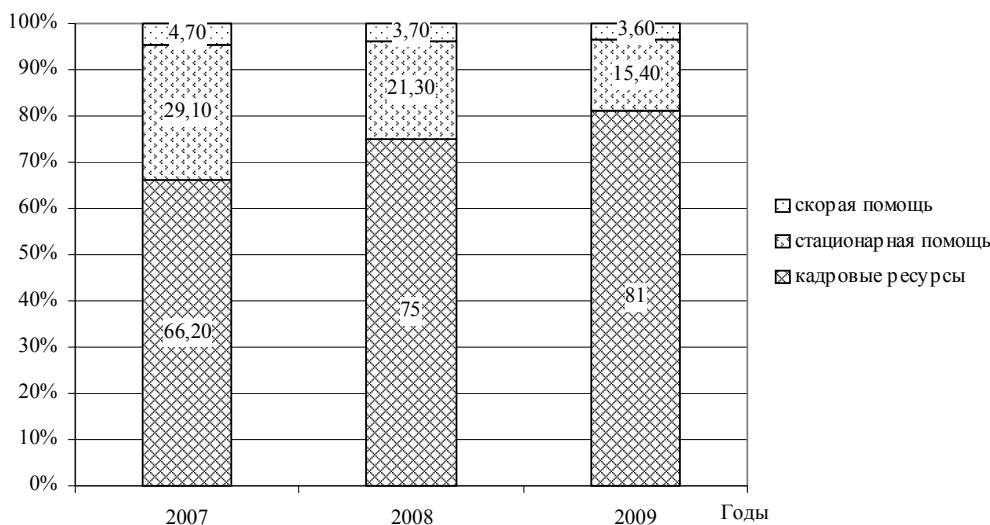


Рис. 4. Доля неэффективных расходов в здравоохранении по регионам

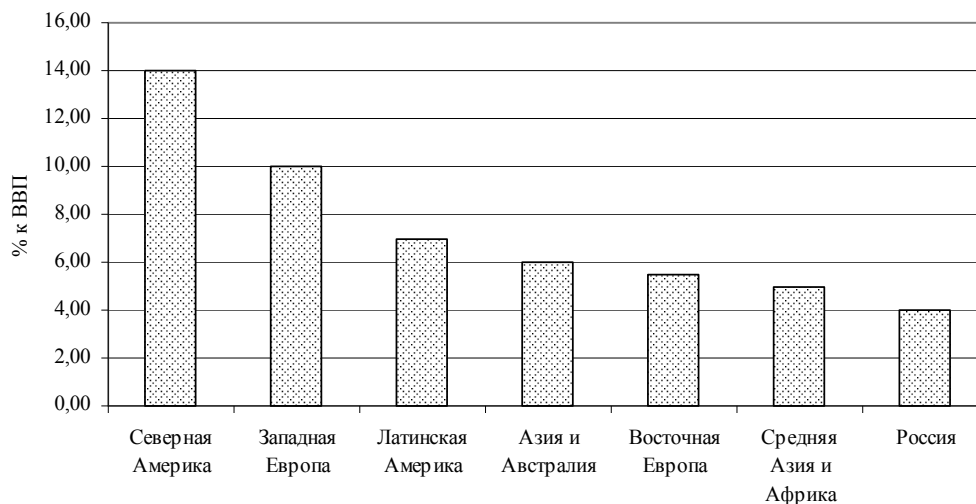


Рис. 5. Расходы на здравоохранение

лексного похода, проявившегося, в частности, в оснащении медицинских учреждений высокотехнологическим оборудованием без необходимого кадрового обеспечения, прекращении финансирования закупки запасных частей и расходных материалов и др. Сказалось и отсутствие четкого и структурированного подхода к технологии управления на основе современных процессных методологий управления<sup>8</sup>.

В 2008 г. усилилось отставание темпов строительства новых центров высоких медицинских технологий от первоначальных планов (при плане 2008 г. 14 центров построен 1).

Новые механизмы финансирования системы здравоохранения апробировались в 2007-2008 гг. и в РФ. В 2008 г. был завершен федеральный пилотный проект, осуществлявшийся с июля 2007 г., на который было выделено 5,4 млрд. руб. из федерального бюджета. В нем участвовало 19 субъектов РФ. Проектом предполагалось апробирование и внедрение:

- 1) различных вариантов финансирования (одноканальное и использование "расширенного тарифа оплаты медицинской помощи в системе ОМС");
- 2) федеральных стандартов медицинской помощи в механизмы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений (ЛПУ) - 13 регионов;
- 3) новых механизмов финансирования ЛПУ с разными вариантами организации внутривозрастных расчетов между отделениями - 10 регионов;
- 4) новых систем оплаты труда - 13 регионов;
- 5) систем персонализированного учета объемов оказанной медицинской помощи - 18 регионов<sup>9</sup>.

Проект, по оценкам исследователей и практиков, имел много достоинств, в частности, стимулировал субъекты РФ к выдвиганию и апробации инновационных механизмов финансирования здравоохранения в регионах. Вместе с тем апробация выявила необходимость более масштабных преобразований в механизмах финансирования, в частности в рамках ОМС. Апробированные механизмы не создают реальных оснований для конкуренции страховщиков и медицинских учреждений.

В данной связи кратко остановимся на состоянии дел в ОМС в Самарской области. Со дня введения областного закона об обязательном медицинском страховании (ОМС) на протяжении 16 лет за исключением лишь 2007 и 2008 гг. в Самарской области тарифные планы ОМС были дефицитные, причем дефицит колебался от 10 до 40%<sup>10</sup>.

Из всего вышесказанного вытекает, что необходимо создать, по существу, новую систему здравоохранения, повысив ее технологический, организационно-управленческий и профессиональный уровень. Для достижения этой цели становится наиболее актуальным применение инновационных методов управления медицинской деятельностью, для чего предлагается разработать систему мероприятий инновационного для российских медицинских организаций "антикризисного управления" на основе процессно-ориентированного подхода.

Становится очевидным, что серьезные последствия кризиса особенно остро затронули социальную сферу, наиболее значимой составной частью которой является система здравоохранения. Российское население отреагировало на происходящие перемены катастрофическим снижением продолжительности жизни и ухудшением

здоровья. Вследствие этого невозможно говорить о каких-либо конкретных мероприятиях по выходу страны из кризиса, не затронув их социальную составляющую, что, прежде всего, касается улучшения качества жизни и состояния здоровья населения.

По данным интернет-опроса, проведенного с ноября 2009 по январь 2010 г. статистической компанией Ipsos и агентством "Рейтер", менее 30% российских граждан остались довольны услугами российской национальной системы здравоохранения. В то же время наивысший уровень доверия к медицине был продемонстрирован в таких странах, как Швеция (75%), Канада (79%) и США (51%). Именно поэтому основная цель государственной политики современной России в сфере здравоохранения должна формулироваться, по словам заместителя министра социального развития и здравоохранения В.И. Скворцовой, следующим образом: "...это равные гарантии защиты здоровья граждан в доступной и качественной медицинской помощи на всей территории федерации, инновационное развитие здравоохранения, регулярное обновление порядков и стандартов оказания медицинской помощи".

Кризисное состояние здравоохранения в России подтверждается и данными зарубежных институтов. В докладе Национального разведывательного Совета США отмечается, что "население России не только не сокращается, но становится все менее и менее здоровым, значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения"<sup>11</sup>.

Вот почему здоровье россиян сегодня волнует такие международные организации, как Организация Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк реконструкции и развития и многие другие. Экономический кризис, и автор надеется на это, может стать тем катализатором, который заставит высшее руководство страны понять, что господствующая длительное время теория увеличения выделения средств на здравоохранение параллельно с ростом экономики потерпела крах. Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью населения опубликовала доклад (2001), в котором говорится о "двухсторонней связи между здоровьем и экономическим развитием". Из этого следует, что состояние здоровья населения - это основная движущая сила социально-экономического развития любой страны.

Вызовом экономического кризиса в социальной сфере, и в частности в здравоохранении, правительства разных стран противопоставили самые различные действия. Можно в качестве

примера упомянуть разработанный при непосредственном участии Президента США вариант реформирования системы национального здравоохранения. Определенные антикризисные решения принимались и в нашей стране.

В 2008 г. в Минздравсоцразвитии России была создана комиссия по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 г. Для обсуждения концепции был создан специальный сайт с целью организации публичного обсуждения положений концепции. Однако в число приоритетных направлений не включены мероприятия, направленные на существенную реорганизацию системы управления медицинскими учреждениями.

В настоящее время руководители медицинских организаций разрабатывают различные планы антикризисных мероприятий, но они, как правило, носят хаотический, несистемный характер и скорее напоминают точечные инъекции в проблемные зоны. Даже самые профессиональные менеджеры, уже внедрившие у себя новейшие информационные технологии, продолжают использовать устаревшие управленческие организационные модели, которые малоэффективны как в кризис, так и в посткризисный период в силу своей неоправданной сложности, недостаточной гибкости, а также жесткой подчиненностью административному регулированию.

Организаторы здравоохранения зажаты жесткими функциональными рамками, информация проходит через множество уровней управленческой иерархии. Все это приводит к тому, что эффективность работы остается достаточно низкой. Организации не успевают адаптироваться к быстро меняющимся условиям внешней среды, когда необходимо в кратчайшие сроки оптимизировать качество предоставляемых услуг, повысить скорость обслуживания пациентов с целью максимального удовлетворения потребностей пациентов. Следует быть ориентированными на клиентов и при этом еще суметь сохранить минимальную стоимость медицинской услуги.

Подводя итоги, нельзя вслед за Г.В. Поповой, не отметить тот факт, что основные проблемы системы здравоохранения связаны со следующим:

- 1) отсутствие долгосрочной стратегии динамического роста расходов на здравоохранение, обеспечивающей эффективное развитие;
- 2) наличие значительного дефицита финансовых ресурсов в данной сфере;
- 3) отсутствие механизма эффективного использования уже имеющегося ограниченного объема финансовых средств;

4) наличие многоканального механизма поступления и распределения финансовых ресурсов, значительно усложняющего деятельность системы и снижающего прозрачность финансовых потоков;

5) наличие дисбаланса между финансовым обеспечением и существующим объемом государственных гарантий по предоставлению бесплатных медицинских услуг;

6) несовершенство существующего механизма финансирования государственных гарантий, оказания бесплатных медицинских услуг населению, не позволяющего установить зависимость размера оплаты от качества оказанных услуг<sup>12</sup>.

Все эти факторы определяют необходимость использования новых технологических решений, которые смогли бы облегчить и без того неблагоприятную ситуацию, сложившуюся в кризисный и послекризисный периоды, способствовать развитию здоровой конкуренции качества медицинских услуг и эффективному использованию имеющихся ресурсов<sup>13</sup>.

Таким образом, одним из главных выводов, которые можно сделать, анализируя сложившуюся ситуацию в сфере охраны здоровья населения, – это необходимость модернизации здравоохранения в соответствии с поставленными целями и задачами, которую невозможно осуществить без коренной реорганизации системы управления. Правильно отмечают, что фундаментальной основой всех политических и социально-экономических преобразований служат прогрессивные изменения как всей системы государственного управления, так и конкретно во всех отраслях народного хозяйства и в каждом конкретном медицинском учреждении.

<sup>1</sup> Сунгатов Р.Ш. Инновационные организационно-управленческие технологии повышения эффективности системы здравоохранения (на примере Республики Татарстан): дис. ... канд. экон. наук. Казань, 2005.

<sup>2</sup> Коэффициент жизнестойкости населения стран мира определяют под эгидой ООН (ЮНЕСКО И ВОЗ) с середины 1960-х гг. Учитывается более 10 параметров, таких, как средняя продолжительность жизни, качество продуктов, детская смертность, распространение генетических отклонений, процент государственных затрат на социальные и экологические программы и др.

<sup>3</sup> Аганбеян А.Г. Кризис: беда и шанс для России. М., 2009.

<sup>4</sup> Сунгатов Р.Ш. Указ. соч.

<sup>5</sup> Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по итогам 2009 г. в сфере здравоохранения и здоровья населения: по материалам докл. Минрегионразвития России // Менеджер здравоохранения. 2010. □10. С. 8-14.

<sup>6</sup> Кучеренко В. Управление здравоохранением: учеб. пособие. М., 2001.

<sup>7</sup> Аганбеян А.Г. Указ. соч.

<sup>8</sup> Решетников А.В. Экономика здравоохранения: учеб. пособие для вузов / под общ. ред. А.В. Решетникова. 2-е изд., испр. и доп. М., 2004.

<sup>9</sup> Российская экономика в 2008 году. Тенденции и перспективы. 2009. Вып. 30.

<sup>10</sup> Гехт И.А. Антикризисные организационные технологии в системе ОМС: реализованный и нереализованный опыт // Менеджер здравоохранения. 2010. □4.

<sup>11</sup> Там же.

<sup>12</sup> Попова Г.В. Методологические основы формирования инновационной системы управления развитием регионального здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. СПб., 2009.

<sup>13</sup> Гончарова О.В. Состояние и тенденции развития частного здравоохранения в РФ // Менеджер здравоохранения. 2010. □4.

Поступила в редакцию 01.10.2010 г.