УДК 351.77:614.2 DOI: 10.22394/2079-1690-2019-1-4-55-63

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ТРЕНДЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ

Садовникова Юлия Юрьевна кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики, финансов и природопользования, Южно-Российский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (344002, Россия, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 70/54). E-mail: julia-js16@mail.ru

Тимейчук Людмила Николаевна старший преподаватель кафедры экономики, финансов и природопользования, Южно-Российский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (344002, Россия, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 70/54). E-mail: timeichuk@mail.ru

Уварова Галина Геннадьевна доктор политических наук, профессор кафедры экономики, финансов и природопользования, Южно-Российский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (344002, Россия, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 70/54). E-mail: 2188799@mail.ru

Аннотация

Статья посвящена исследованию современного состояния системы российского здравоохранения, основных проблем эффективности ее управления и поиску путей их решения на федеральном и региональном уровнях. Авторы анализируют современное состояние и особенности системы российского здравоохранения, ее организационно-правовые и финансовые механизмы функционирования. В статье дается оценка эффективности мероприятий, проводимых федеральными органами власти в области реформирования медицинской отрасли, значительный акцент в исследовании делается на достижениях предыдущих мероприятий государственной политики по модернизации системы охраны здоровья населения Российской Федерации и перспективах реализации национального проекта «Здравоохранение».

Ключевые слова: *система здравоохранения, управление здравоохранением, охрана здоровья, качество и доступность медицинских услуг, национальный проект, финансирование здравоохранения, реформирование здравоохранения, человеческий капитал, совершенствование законодательной базы здравоохранения.*

Ключевым стратегическим интересом Российского государства и базовым приоритетом обеспечения качества жизни населения выступает система здравоохранения, так как именно состояние здоровье нации обуславливает темпы социально-экономического развития страны, эффективность и качество трудовой деятельности, воспроизводство человеческого капитала. В соответствии со Стратегией развития здравоохранения России на период 2015 – 2030 гг. государство выступает гарантом социальной защиты прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья, определяя при этом особую значимость системы здравоохранения в современной деятельности органов государственной власти.

Реальность наших дней показывает, что здоровье населения России не улучшилось, напротив, имеется тенденция к его ухудшению. Об этом свидетельствуют показатели смертности, заболеваемости и средней продолжительности жизни.

Увеличение продолжительности жизни в Российской Федерации – одна из основных целей на современном этапе развития страны. Президент РФ в обращении Федеральному Собранию указал на необходимость увеличения продолжительности жизни российских граждан с 73 до 78 лет, что обуславливает в последующем приоритет нахождения ресурсов для выполнения данной задачи.

Современная реформа здравоохранения, проводимая в Российской Федерации, наиболее крупномасштабная и всесторонняя, направлена не только на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания, но и включает значительные институциональные преобразования: совершенствование законодательной базы здравоохранения, системы медицинского страхования, структурная перестройка медицинской отрасли, развитие частного сектора здравоохранения. Также идет процесс оптимизации трехуровневой структуры организации и управления медицинской отраслью: муниципальной, региональной и федеральной.

Современным приоритетом развития и совершенствования отечественной системы охраны здоровья выступает повышение доступности, качества и эффективности функционирования региональной системы здравоохранения, как важнейшей составной части национальной системы.

В общем виде систему здравоохранения можно определить как совокупность социальных институтов, социально-экономических и медицинских мероприятий, деятельность которых направлена на формирования здорового образа жизни, охрану и повышение уровня здоровья населения [1].

С организационно-правовой и структурно-функциональной точки зрения охрана здоровья граждан в Российской Федерации является неоднородной и сложно структурированной системой, в состав которой включено значительное количество взаимодействующих между собой ведомств и подведомств на разных уровнях управления.

С организационно-правовой точки зрения выделяют три уровня системы здравоохранения: государственный, муниципальный и частный. Элементы структуры системы здравоохранения представлены на рис. 1. Каждая из этих систем управления имеет свою структуру и функции.

В структурно-организационном плане российская система здравоохранения интегрирует различные типы предприятий и учреждений, подразделяющиеся по различным уровням подчинения, источникам финансирования, профилю деятельности и уровням управления.



Рис. 1. Структура системы здравоохранения РФ [2, с. 148]

В соответствии с номенклатурой в России функционируют многочисленные виды лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), которые обеспечивают оказание различных видов медицинской и медико-социальной помощи, сеть ЛПУ разделяется в зависимости от подведомственности медицинских учреждений. Классификация ЛПУ представлена на рис. 2. Также выделяют уровни соподчинения ЛПУ в единой системе здравоохранения: амбулаторные и стационарные медицинские учреждении (муниципальный уровень) – межтерриториальные (межмуниципальные) специализированные медицинские центры – региональные специализированные медцентры – федеральные медцентры.

Управление системой здравоохранения – это важнейшая и комплексная задача значительного числа государственных и общественных институтов, включая множество структур управления и секторов экономики, которая осуществляется на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

В соответствии с действующим российским федеральным законодательством, нормативными актами субъектов РФ и органов местного самоуправления реализация и компетенции в сфере здравоохранения относятся к совместному ведению органов государственной власти Российской Федерации и ее субъектов, а также органов местного самоуправления.

На федеральном уровне деятельность по охране здоровья населения осуществляет Министерство здравоохранения России, которое реализует государственную политику и управление в области охраны здоровья населения, координирует деятельность в медицинской сфере органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, субъектов государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения; а также контролирует деятельность находящихся в его ведении федеральных органов исполнительной власти.

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018г. № 204 «О национальных и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», для достижения к 2024 г. повышения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет (к 2030 г. – до 80 лет) Правительством Российской Федерации совместно с Минздравом РФ и органами государственной власти разработаны и скорректированы национальные проекты по направлениям здравоохранения, демографии и др.[3]

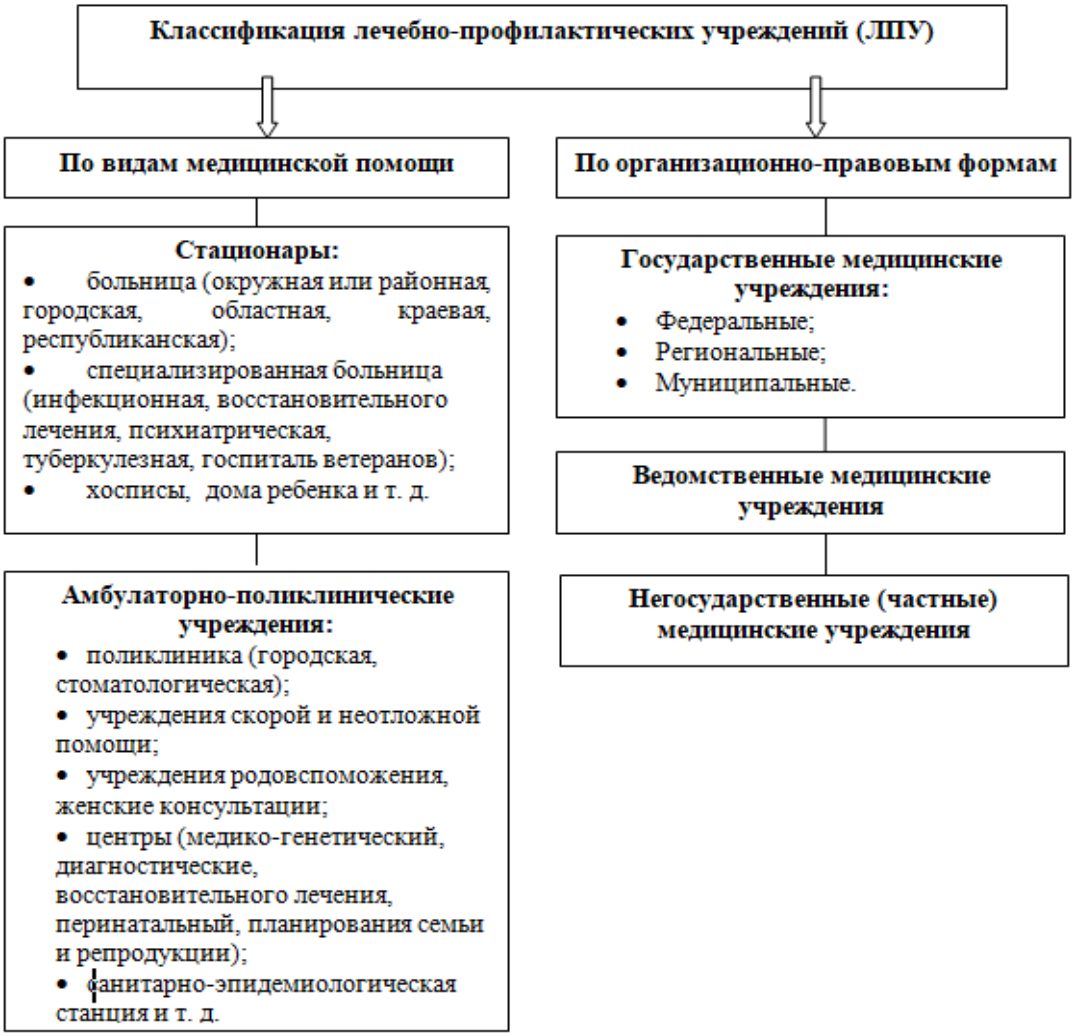


Рис. 2. Классификация лечебно-профилактических учреждений

В основе финансирования здравоохранения РФ лежат принципы разграничения системы межбюджетных финансовых отношений и полномочий в вопросах оказания медицинской помощи между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления. Модель финансирования системы российского здравоохранения носит бюджетно-страховой характер, формируясь из средств государственного бюджета (федерального и регионального) и средств внебюджетных фондов медицинского страхования (обязательного государственного социального медицинского страхования (ОМС) и добровольного, частного медицинского страхования (ДМС). Финансирование здравоохранения в настоящее время ориентировано на организацию повсеместного одноканального финансирования, т.е. аккумулирование средств системы ОМС на уровне Федерального фонда ОМС.

Здравоохранение в Российской Федерации предусматривает оказание бесплатной и платной медицинской помощи гражданам. Оказание платной медицинской помощи осуществляется за счет средств самих граждан, либо предприятий, и других источников. Бесплатная медицинская помощь оказывается за счет средств обязательного медицинского страхования, средств федерального бюджета и бюджетов регионов на основании программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которые ежегодно утверждает Правительство России и региональные органы власти.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 204 от 07.05.2018г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», начиная с 2019 года увеличивается финансирование онкологической помощи. Предусматривается также уделить больше внимания высокотехнологической медицинской помощи. Фонд обязательного медицинского страхования будет осуществлять распределение финансовых средств, с учетом повышения внимания проблемам онкологии, а также в соответствии с Указами Президента Российской Федерации 2012 г. Правительство Российской Федерации исходит из того, что все эти мероприятия должны положительно сказаться на выполнении проекта «Здравоохранения».

Министерство финансов Российской Федерации (далее – Минфин) в своем докладе «Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» планирует потратить на здравоохранение в 2019 году 459,5 млрд рублей, тогда как в 2018-м этот показатель установлен на уровне 479,7 млрд рублей.

Впоследствии расходы федерального бюджета, по прогнозам Министерства финансов Российской Федерации, все-таки вырастут – до 563,2 млрд руб. в 2020 г. и 572,5 млрд руб. в 2021-м[1].

Расходы на здравоохранение по отчету Минфина в 2018 году составили 3,3 трлн рублей – это, примерно, 3,3% от ВВП. В 2019 году финансирование здравоохранения составит примерно 3,4 трлн рублей, хотя доля ВВП сократится и составит 3,2%. Центр стратегических разработок прогнозирует в 2021 году, что финансирование здравоохранения составит 3,1% ВВП. К 2024 году этот показатель должен быть увеличен до 4%.

В табл. 1 представлены показатели, характеризующие ресурсы российского здравоохранения за 2018 год. Они характеризуются дальнейшим уменьшением показателя «число больных коек», что является положительной тенденцией. Сокращение длительности пребывания больных в стационаре и увеличение оборота койки – один из главных критериев повышения эффективности использования ресурсов медицинского учреждения.

Таблица 1

Основные показатели мощности медицинских организаций в РФ в 2018 г.[2]

Годы	Число больничных организаций, тыс.	Число больничных коек[2)]		Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	
		всего, тыс.	на 10 000 человек населения		всего, тыс.	на 10 000 человек населения
2003	10,1	1596,6	111,5	21,5	3557,8	248,4
2004	9,8	1600,7	112,2	22,1	3577,5	250,8
2005	9,5	1575,4	110,9	21,8	3637,9	256,0
2006	7,5	1553,6	109,0	18,8	3646,2	255,2
2007	6,8	1521,7	106,6	18,3	3673,9	257,4
2008	6,5	1398,5	98,0	15,5	3651,0	255,8
2009	6,5	1373,4	96,2	15,3	3657,2	256,0
2010	6,3	1339,5	93,8	15,7	3685,4	258,0
2011	6,3	1347,1	94,2	16,3	3727,7	260,6
2012	6,2	1332,3	92,9	16,5	3780,4	263,7
2013	5,9	1301,9	90,6	16,5	3799,4	264,5
2014	5,6	1266,8	86,6	17,1	3858,5	263,8
2015	5,4	1222,0	83,4	18,6	3861,0	263,5
2016	5,4	1197,2	81,6	19,1	3914,2	266,6
2017	5,3	1182,7	80,5	20,2	3966,7	270,1

Негативной тенденцией выступает сокращение количества медицинских учреждений, которое свидетельствует о недофинансировании отрасли и ведет к увеличению сектора частных медуслуг и снижению доступности медпомощи.

Усугубляет положение в здравоохранении и в частности, в медицинских учреждениях, отсутствие или неукомплектованность медицинскими кадрами (13,0%), наличие проблем в кадровой политике (уровень зарплаты, условия работы) (11,0%) и низкий уровень подготовки современного медперсонала (10,4%)[3]. Первичным звеном в оказании медицинской помощи является непосредственно врач, который обеспечивает пропускную способность сети здравоохранения. Во всех государственных учреждениях здравоохранения, в отличие от частных клиник, заработная плата устанавливается государством, и сильно отличается от оплаты труда медицинского персонала в частной системе здравоохранения.

[1] Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (утв. Минфином России) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.minfin.ru/ru/document/%3Fid_4%3D123006

[2] Материалы сайта Федеральной службы статистики РФ [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr1-1.xls

[3] Материалы сайта Федеральной службы статистики РФ [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main

Другими проблемами российский медицинских учреждений являются:

– неэффективное использование ресурсов здравоохранения обязательным медицинским страхованием, которое призвано способствовать повышению уровню оказания медицинской помощи;

– ограниченность государственных гарантий бесплатной медпомощи;

– низкий уровень финансирования здравоохранения в различных регионах Российской Федерации, а также отличие финансирования одного субъекта от другого в несколько раз;

– неэффективность способов привлечения денежных потоков физических и юридический лиц в систему ОМС;

– снижение с каждым годом доступности медицинской помощи для малообеспеченных лиц;

– отсутствие условий для конкуренции в сфере оказания медицинских услуг.

К базовым проблемам российской медицины также относят несоответствие нормативов и объемов оказания медицинской помощи, оказываемой на основании Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, и реальных потребностей населения страны, что приводит к неэффективному обеспечению лекарственными средствами граждан, низкой доступности высокотехнологичной медицинской помощи и невысокому качеству обслуживания пациентов в медучреждениях. Все эти проблемы в первую очередь можно решить с помощью увеличения финансирования со стороны государства. Недофинансирование является причиной недостаточной оплаты труда медицинских работников, ограниченного бесплатного лекарственного обеспечения, что провоцирует нарушение выполнения стандартов оказания медицинской помощи населению и невозможность приобретения лечебными учреждениями современного медицинского оборудования.

Данные Росстата за 2018 год свидетельствуют, что численность медицинского персонала, работающего в государственной системе здравоохранения, сократилось по сравнению с 2017 годом: врачей – на 7,6 тыс. среднего и младшего медицинского персонала сократилась на 38,9 тыс. и 171,3 тыс. соответственно [4]. Эти цифры, по оценкам экспертов, свидетельствуют не только о естественной убыли медперсонала в связи с выходом на пенсию, но и росте сокращения самих медорганизаций и снижении привлекательности работы в государственном здравоохранении.

Нехватка медицинских кадров в медицинских учреждениях, связана также и с тем, что большая часть работающих врачей и среднего медицинского персонала пенсионного и предпенсионного возраста. Демографический провал 90-х годов 20 века, также в настоящее время сказывается на выпусках медицинских образовательных учреждениях. Дипломированных врачей в ближайшее 5-10 лет будет меньше выпускаться, чем предыдущее десятилетие. Квалификация медицинских кадров очень низкая, что сказывается на качестве оказания медицинской помощи и выражается в неудовлетворительных показателях по сравнению с развитыми странами.

В масштабах страны происходит реорганизация учреждений здравоохранения путем слияния, присоединения, укрупнения лечебных учреждений. Цель данной реорганизации – перераспределить ресурсы не в медицинском, а в имущественном выражении, показателями которого рассматриваются койки и посещения. При этом постоянно, с каждым годом происходит снижение плановой нагрузки на медицинское учреждение на год, полугодие, квартал, что влечет за собой уменьшение финансирования лечебных учреждений. Снижение объемов финансирования учреждения здравоохранения из-за недостатка объема деятельности в значительной степени обуславливает невозможность удовлетворения потребностей текущей деятельности (медикаменты, расходные материалы, расходы на техническое обслуживание медицинского оборудования и т.д.), а обновление ветшающих основных средств становится для него просто недоступным.

Если национальные проекты в области здравоохранения позволяют частично решить проблему с заменой медицинского оборудования, приобретением лекарственных средств, оплатой труда работников медицинского персонала, то технологическое оборудование вспомогательных помещений и оборудования (пищеблока, прачечной, стерилизационной и др.) остается в полном упадке, что также влияет на качество обслуживания пациентов.

В основном, на балансах лечебных учреждений находятся здания, постройки 50-60-х годов прошлого века, которые не только морально устарели, но и не соответствуют всем необходимым противопожарным и санэпидемиологическим требованиям.

Практически 90% лечебных учреждений требуется капитальный ремонт, реконструкция либо вообще строительство новых современных корпусов, которые бы отвечали всем новейшим требованиям. Современное медицинское оборудование часто выходит из строя по причине устаревания электрической проводки, которая не выдерживает напряжения и требует капитальной замены.

За последние годы развитие системы здравоохранения в России привело к существенным результатам. По сравнению с началом 2000-х гг. к 2017 г. ожидаемая при рождении продолжительность жизни увеличилась почти на восемь лет, наблюдается положительная динамика в снижении смертности населения: от болезней системы кровообращения примерно на 35%, младенческой смертности на 60%, трудоспособного населения на 40%. В 2017 г. были достигнуты исторические

минимумы по показателям материнской и младенческой смертности, а показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении достиг 72,7 года (среднеевропейский показатель – 76 лет).

Тем не менее, основными проблемами здоровья населения России по-прежнему остаются: - высокая смертность трудоспособного населения, в частности смертность мужчин в этом возрасте; высокий уровень инвалидизации населения; усиление тенденции роста заболеваемости, включая увеличение доли социально значимых и тяжелых заболеваний.

Также за период 2006-2016 годов объем высокотехнологичной помощи, оказанной гражданам, вырос более чем в 16 раз и составил 962 тыс. случаев. При этом значительная часть видов высокотехнологичной медицинской помощи сегодня включена в базовую программу обязательного медицинского страхования, что позволяет обеспечивать ее оказание в большом числе учреждений здравоохранения различных форм собственности: не только федеральной, но и региональной, а в ряде случаев и частной.

Значительный прогресс достигнут в области лекарственного обеспечения. Созданная в 2008 г. федеральная программа обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами (получившая распространенное название «Семь нозологий») позволила существенно повысить доступность дорогостоящих лекарств для больных онкогематологическими заболеваниями, гемофилией, рассеянным склерозом и рядом других заболеваний, требующих дорогостоящего и продолжительного лечения, при котором крайне важным является стабильное и регулярное применение лекарственной терапии.

Вместе с тем в настоящее время в отечественном здравоохранении существует множество нерешенных вопросов, без ответа на которые построение по-настоящему пациентоориентированной системы охраны здоровья представляется невозможным. Среди наиболее важных современных проблем здравоохранения следует отметить: 1) высокую смертность россиян от болезней системы кровообращения, 2) отсутствие полного охвата населения государственным здравоохранением (в части амбулаторного лекарственного обеспечения рецептурными лекарственными препаратами), 3) несбалансированную структуру расходов на здравоохранение, 4) несоответствие показателей нормативного обеспечения реальной обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами.

1. Несмотря на значительное снижение смертности населения России от болезней системы кровообращения, произошедшее за период 2003-2016 годов (сокращение стандартизированных коэффициентов смертности для обоих полов составило около 50%), смертность населения России до сих пор остается высокой. В частности, смертность от болезней системы кровообращения в России больше, чем в любой из стран ОЭСР (рис. 3).

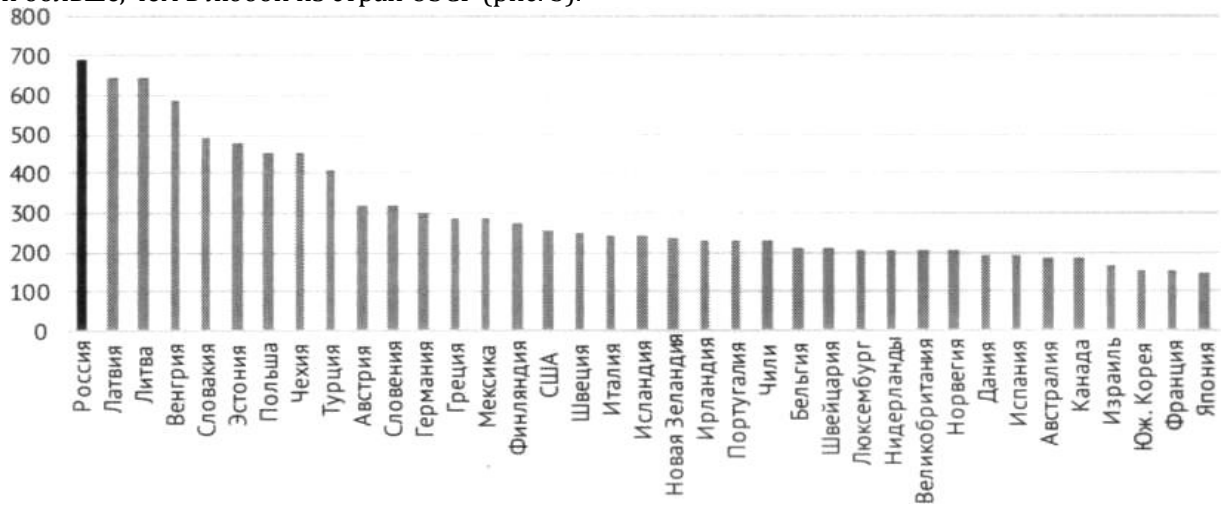


Рис. 3. Смертность населения от болезней системы кровообращения в России и странах ОЭСР в 2015 (или ближайшие) годы, случаев на 100 тыс. стандартного населения обоих полов [5, с. 10]

Смертность от болезней системы кровообращения в России также занимает первое место в структуре смертности населения от всех причин (в большинстве развитых стран на первое место вышли новообразования) и на сегодняшний день соответствует уровню развитых стран, наблюдавшемуся в 1960-1970-е годы. Следовательно, снижение смертности от болезней системы кровообращения должно стать основной задачей системы здравоохранения России в ближайшем будущем, так как, во-первых, это позволит существенно сократить демографические потери и, во-вторых, представляется реальным с учетом накопленного мирового опыта по решению данной проблемы.

2. Отсутствие полного охвата населения государственным здравоохранением (в части амбулаторного лекарственного обеспечения).

Несмотря на всеобъемлющие гарантии в области оказания медицинской помощи, в области лекарственного обеспечения гарантии в России являются ограниченными. В условиях стационара

лекарственное обеспечение предоставляется бесплатно по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), однако по общему порядку амбулаторное лекарственное обеспечение финансируется за счет средств пациента.

3. Отдельную проблему также представляет собой сложившаяся структура расходов на здравоохранение. В отличие от зарубежных стран, где в среднем около 70-75% расходов являются государственными, в России доля государственных расходов составляет 55-60%, а остальные финансируются из частных источников, прежде всего из личных средств граждан. Это отражает серьезные проблемы с доступностью помощи в государственном сегменте здравоохранения, в первую очередь с амбулаторным лекарственным обеспечением. Кроме того, согласно ряду оценок, до 30% расходов граждан на платную медицинскую помощь являются теневыми [6], что также подрывает эффективность формальной системы здравоохранения.

4. Отсутствие системы послевузовской подготовки врачей, адекватной современным требованиям, что также сказывается на квалификации медперсонала. В развитых странах подготовка после вуза врачей первичного медицинского звена (амбулаторно-поликлинического) продолжается 2-5 лет, а по сложным специальностям (кардиохирургия, анестезиология и т. п.) – 5–8 лет [3]. В России же врачи общего профиля допускаются к работе сразу после окончания вуза, а узкие специалисты после 2–3 лет подготовки.

В России долгое время сохраняются следующие диспропорции:

- дефицит врачей в амбулаторном звене при избытке в стационаре;
- дефицит врачей в сельской местности при избытке в городской;
- дефицит врачей определенных специальностей (терапевтов, педиатров) при имеющемся избытке специалистов по «популярным» направлениям: акушеров-гинекологов, стоматологов и др.

Одной из причин высокой нормативной обеспеченности может служить тот факт, что многие процедуры и медицинские манипуляции, которые в других системах здравоохранения выполняет врач общей практики, в России осуществляют несколько специалистов. Все это приводит к снижению качества лечения при первом обращении и неэффективному использованию кадровых ресурсов медицинских организаций. В итоге при сравнительно высокой обеспеченности населения России врачами нередки ситуации, в которых врачей не хватает.

В.В. Путин в Послании Федеральному собранию 20 февраля 2019 года отметил, что «до конца 2020 года медицинская помощь должна стать доступной во всех без исключения населённых пунктах России, для всех граждан, где бы они ни жили. За 2019–2020 годы должно быть построено и модернизировано ещё 1590 врачебных амбулаторий и фельдшерских пунктов»[1].

В рамках действующей реформы российского здравоохранения в ряде регионов реализуется пилотный проект «Бережливая поликлиника», достижения которого должны быть распространены на всю территорию страны. Данный инновационный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», базирующийся на концепции Leanproduction [7], действует с 2017 г. Индикаторами достижения целей проекта должны стать показатели повышения удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (к 2020 году – 60 % от всего населения, к 2022 году – о 70 %), сокращение времени ожидания в регистратуре и у кабинета врача во взрослых и детских поликлиниках в три-четыре раза к 2021 г. Результатом его реализации должно стать создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства. Особо следует отметить, что результаты пилотного проекта по внедрению концепции Leanproduction в отечественных медицинских учреждениях на протяжении двух лет стабильно демонстрируют экономическую эффективность и повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению.

Также в стране постановлениями Правительства РФ от 14 декабря 2018 года №1556, №1557, №1558, от 18 декабря 2018 года № 2828-р вводится система мониторинга движения лекарственных препаратов с использованием средств идентификации, целью которой является обеспечение населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами.

Серьезным стимулом для поиска инновационных подходов и интенсификации развития медицинской сферы и охраны здоровья стал Указ Президента России от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», в котором определены национальные цели развития до 2024 года, включая здравоохранение и демографическое развитие страны. В рамках реализации данного указа были разработаны национальные проекты (программы) по 12 направлениям, включая здравоохранение.

С 1 января 2019 г. стартовал национальный проект «Здравоохранение», который предусматривает 8 федеральных проекта: 4 базовых проекта (первичная медпомощь, сердечно-сосудистые

[1] Послание Президента Федеральному Собранию. 20 февраля 2019 года [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: http://kremlin.ru/events/president/news/59863

заболевания, онкологические заболевания, детское здравоохранение), а также 4 вспомогательных проекта (научно-исследовательские медцентры, квалифицированные кадры, цифровая медицина, экспорт услуг). В рамках данного проекта должны быть реализованы меры: по созданию эффективной системы оказания первичной медико-санитарной помощи (создать 1,3 тыс. новых мобильных медицинских комплексов); по борьбе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями (организовать и модернизировать 420 центров амбулаторной онкологической помощи и 160 региональных медорганизаций); по развитию детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (реконструировать или построить 40 детских больниц и отделений); по обеспечению медорганизаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами (обучить 52,5 тыс. специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии), по развитию сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий. Также к 2023 г. необходимо создать единый цифровой контур в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), внедрить систему электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением, единый государственный сервис медуслуг «Моё здоровье».

В результате реализации указанных мер должны быть достигнуты снижение смертности населения трудоспособного возраста, включая уменьшение смертности от болезней системы кровообращения и онкозаболеваний, дальнейшее снижение младенческой и детской смертности, повышение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет[1].

На реализацию национального проекта «Здравоохранение» в течение 6 лет выделяется более 1,36 трлн. рублей. Больше половины этих средств будет израсходовано в течение первых трёх лет – 2019, 2020, 2021 годов. В рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» предусмотрено софинансирование расходных обязательств субъектов Федерации, возникающих при реализации нацпроекта «Здравоохранение», что отражено в федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020–2021 годов. При этом в соответствии с постановлением от 24 января 2019 г. № 34 госпрограмма «Развитие здравоохранения» включает ряд правил и условий предоставления субсидий, и критерии отбора субъектов Федерации, включающих заключение соглашения между Минздравом России и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Федерации с использованием государственной интегрированной информационной системы управления общественными финансами «Электронный бюджет»[2].

Таким образом, современные реформы в сфере охраны здоровья в Российской Федерации направлены на решение основной задачи – формирование пациентоориентированной модели здравоохранения. Данный принцип означает, что в центре системы здравоохранения должен оказаться пациент, а усилия всех профессиональных участников системы здравоохранения, в том числе государственных органов, фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний и медицинских организаций, должны быть направлены на максимальное удовлетворение его потребностей и защиты его прав.

В силу наличия определенной специфики здравоохранения как отрасли экономики и общественных отношений такая задача не имеет простого решения, однако известно, что оно невозможно без активного вмешательства государства. При этом последнее не сводится к нормативно-правовому закреплению соответствующих обязанностей указанных выше участников здравоохранения. Для реального построения пациентоориентированной модели необходима организация системы, которая будет создавать корректную мотивацию у каждого из участников системы здравоохранения [8].

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, о том, что для достижения основных целей современного этапа модернизации российского здравоохранения – повышения эффективности, доступности и качества медицинской помощи жителям РФ ключевыми принципами должны стать обоснованность структурных преобразований, продуманность кадровой политики и достаточное финансирование новаций в медицинской отрасли. При этом базовыми приоритетами государственной политики развития российского здравоохранения должны стать: обеспечение доступности качественных медицинских услуг, прежде всего первичной медико-санитарной помощи; развитие кадрового потенциала; повышение эффективности системы финансирования здравоохранения; создание эффективной системы лекарственного обеспечения; развитие лечебно-профилактических мер и технологий здорового образа жизни; технологический и инновационный прорыв в здравоохранении.

[1] Заседание президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 3 сентября 2018 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Правительства России - Режим доступа: URL: http://government.ru/news/33829/

[2] О порядке софинансирования реализации в субъектах Федерации национального проекта «Здравоохранение» [Электронный ресурс] // Официальный сайт Правительства России - Режим доступа: URL: http://government.ru/docs/35508/

Литература

1. *Богма К.А.* Социальные оценки эффективности управления процессом модернизации системы здравоохранения в России (на примере Ростовской области). Автореф. дис. ... канд. социол. наук / Юж. федер. ун-т. Ростов-на-Дону, 2017. 22 с.
2. Управление в социальной сфере: состояние, проблемы и тенденции развития / под ред. Т.В. Игнатовой, С.П. Кюрджиева. Ростов н/Д: ЮРИУ РАНХиГС, 2018. 210 с.
3. *Зубец, А.Н., Новиков, А.В.* О качестве медицинского обслуживания населения в контексте повышения качества жизни в России // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. 2018. Т. 8. № 6 (36). С. 58 – 67.
4. *Бескаравайная Т.* Кадры в минусе // Медвестник. 2018 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://medvestnik.ru/content/articles/Kadry-v-minuse.html
5. *Назаров В.С., Авксентьев Н.А., Сисигина Н.Н.* Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. 100 с.
6. *Шишкин, С.В. ,Потапчик, Е.Г., Селезнева, Е.В.* Оплата медицинской помощи в российской системе здравоохранения: препринт WP8/2014/03. Серия WP8. Государственное и муниципальное управление. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014.
7. *Уйба В.В., Забелин М.В., Миронова В.В., Касымова О.А., Кретов А.С.* Технология бережливого производства в здравоохранении (опыт ФМБА России) // Медицина Экстремальных ситуаций. Т. 20. № 3. 2018. С. 248 – 252.
8. *Богма К.А.* Программно-целевой подход как стратегия эффективного управления региональной системой здравоохранения / В сборнике: Актуальные проблемы повышения эффективности государственной власти и управления в современной России. Сб. трудов молодых ученых: студентов, бакалавров, магистрантов и аспирантов ЮРИУ РАНХиГС. Ростов н/Д., 2016. С. 27 – 32.

Sadovnikova Julia Yurievna, Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Department of Economics, Finance and Nature Management, South-Russia Institute of Management – branch of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (70/54, Pushkinskaya St, Rostov-on-Don, 344002, Russian Federation). E-mail: julia-js16@mail.ru

Timeychuk Lyudmila Nikolaevna, Senior Lecturer, Department of Economics, Finance and Nature Management, South-Russia Institute of Management – branch of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (70/54, Pushkinskaya St, Rostov-on-Don, 344002, Russian Federation). E-mail: timeichuk@mail.ru

Uvarova Galina Gennad'evna, Doctor of Political Science, Professor of Department of Economics, Finance and Nature Management, South-Russia Institute of Management – branch of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (344002, Russia, Rostov-on-don, Pushkinskaya str., 70/54). E-mail: 2188799 @mail.ru

ASSESSMENT OF HEALTH SYSTEM MANAGEMENT EFFICIENCY IN THE RUSSIAN FEDERATION: MODERN CHALLENGES AND REFORMING TRENDS

Abstract

The article is devoted to the study of the current state of the Russian health care system, the main problems of its management efficiency and the search for ways to solve them at the Federal and regional levels. The authors analyze the current state and features of the Russian health care system, its organizational, legal and financial mechanisms of functioning. The article assesses the effectiveness of the activities undertaken by Federal authorities in reforming the medical sector, a significant focus of the study is on the achievements of previous activities of the state policy on modernization of system of public health of the Russian Federation and prospects of implementing the national project "Health".

Keywords: *healthcare system, healthcare management, healthcare, quality and accessibility of healthcare services, national project, healthcare financing, healthcare reform, human capital, improving the legislative framework for health care.*

References

1. Bogma K.A. Social'nye ocenki effektivnosti upravleniya processom modernizacii sistemy zdravoohraneniya v Rossii (na primere Rostovskoj oblasti). Avtoref. dis. ... kand. sociol. nauk / YUzh. feder. un-t. Rostov-na-Donu, 2017. 22 p.
2. Upravlenie v social'noj sfere: sostoyanie, problemy i tendencii razvitiya / pod red. T.V. Ignatovoj, S.P. Kyurdzhieva. Rostov n/D: YURIU RANHiGS, 2018. 210 s.
3. Zubec, A.N., Novikov, A.V. O kachestve medicinskogo obsluzhivaniya naseleniya v kontekste povysheniya kachestva zhizni v Rossii // Gumanitarnye nauki. Vestnik Finansovogo universiteta. 2018. T. 8. № 6 (36). P. 58 – 67.
4. Beskaravajnaya T. Kadry v minuse // Medvestnik. 2018 [Elektronnyj resurs]. - Rezhim dostupa: https://medvestnik.ru/content/articles/Kadry-v-minuse.html
5. Nazarov V.S., Avksent'ev N.A., Sisigina N.N. Osnovnye napravleniya razvitiya sistemy zdravoohraneniya Rossii: trendy, razvilki, scenarii. M.: Izdatel'skij dom «Delo» RANHiGS, 2019. 100 p.
6. SHishkin, S.V. ,Potapchik, E.G., Selezneva, E.V. Oplata medicinskoj pomoshchi v rossijskoj sisteme zdravoohraneniya: preprint WP8/2014/03. Seriya WP8. Gosudarstvennoe i municipal'noe upravlenie. M.: Izd. dom Vysshej shkoly ekonomiki, 2014.
7. Ujba V.V., Zabelin M.V., Mironova V.V., Kasymova O.A., Kretov A.S. Tekhnologiya berezhlivogo proizvodstva v zdravoohranenii (opyt FMBA Rossii) // Medicina Ekstremal'nyh situacij. T. 20. № 3. 2018. S. 248 – 252.
8. Bogma K.A. Programmno-celevoj podhod kak strategiya effektivnogo upravleniya regional'noj sistemoj zdravoohraneniya / V sbornike: Aktual'nye problemy povysheniya effektivnosti gosudarstvennoj vlasti i upravleniya v sovremennoj Rossii. Sb. trudov molodyh uchenyh: studentov, bakalavrov, magistrantov i aspirantov YURIU RANHiGS. Rostov n/D., 2016. P. 27 – 32.