

УДК 614.2: 369.8

**ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОПТИМИЗАЦИИ**

**Гилязова О.С.**

*кандидат философских наук  
доцент кафедры социологии и тсму  
Уральский федеральный университет  
г. Екатеринбург, Россия  
[OLGA\\_GILYZOVA@MAIL.RU](mailto:OLGA_GILYZOVA@MAIL.RU)*

**Гравшина Д.Д.**

*Студент  
Уральский федеральный университет  
г. Екатеринбург, Россия*

**THE MAIN PROBLEM OF THE MODERN RUSSIAN HEALTHCARE  
SYSTEM IN CONDITIONS OF THE OPTIMIZATION**

**Gilyazova, O**

*candidate of philosophy  
associate professor of department of sociology and tsmm  
Ural federal university  
Yekaterinburg, Russia  
[olga\\_gilyazova@mail.ru](mailto:olga_gilyazova@mail.ru)*

**Gravshina D**

*student  
Ural federal university  
Yekaterinburg, Russia*

**Аннотация**

Право на получение медицинской помощи – конституционно закрепленное право, которое гарантируется каждому гражданину Российской Федерации. Однако, с реализацией этого права нередко возникают сложности, обусловленные проблемами в современной российской системе

здравоохранения. Оптимизация данной сферы призвана решить эти проблемы, однако, нередко только усугубляет их.

### **Annotation**

The right to receive medical care is a constitutionally assigned right that is guaranteed to every citizen of the Russian Federation. However, with the realization of this right, there are often difficulties arising from problems in the modern Russian healthcare system. Optimization of this area is designed to solve these problems, however, often only exacerbates them.

**Ключевые слова:** российская система здравоохранения, национальный проект «Здоровье», медицинское обслуживание, оптимизация системы здравоохранения.

**Key words:** russian healthcare, national project "health", medical service, optimization of the russian healthcare.

Фактически невозможно найти человека в России, который так или иначе не сталкивался с необходимостью взаимодействовать с учреждениями здравоохранения, притом с самого рождения. Так что проблемы в этой сфере прямо или косвенно затрагивают все население России. Обычно принято качество медицинской помощи определять по средней продолжительности жизни мужчин и женщин в стране (другие показатели, например, младенческая смертность и т.п., хоть и учитываются отдельно, но тоже вносят вклад в этот самый общий и наглядный показатель). Здесь Россия уступает европейским странам и США, хотя определенные подвижки, судя по последним статистическим данным, все же есть.

Можно выделить три основные системы здравоохранения, которые наличествуют в разных странах:

1. Преимущественно частная (платная) система.

Так, например, в США система охраны здоровья является необязательной и проводится добровольно, реализуется с использованием рыночных механизмов финансирования. Это способствует возможности

развивать дорогостоящие технологии, стоящие на первом плане науки, но теневой стороной имеет малодоступность такой высокотехнологической помощи. Конечно, глупо утверждать, что качество медицинской помощи в Америке хуже, чем у нас. По мнению российских врачей, практикующих в США, качество оказываемой медицинской помощи, даже в «резидентской» больнице (для малоимущих) на уровень выше, чем в России. Также российские врачи указали на плюсы и минусы американской системы здравоохранения. К плюсам можно отнести: налаженную командную работу, соблюдение комфортных условий труда, качество оказываемой помощи, положение врачей. К минусам же отнесли: иски (очень высокая стоимость страховки, на случай получения иска от больного или его семьи), отношение к медицине как к бизнесу и, конечно, медицинскую страховку, которую не имеют более сорока миллионов человек [1].

## 2. Преимущественно государственная.

Система здравоохранения Великобритании, которая создавалась с учетом опыта СССР. Общие черты с системой здравоохранения Великобритании наша страна имеет и по сегодняшний день. Обе системы направлены на оказание бесплатной и доступной медицинской помощи всему населению. Британская система здравоохранения является недорогой, однако это достигается за счет длительного срока ожидания на получение многих видов медицинских услуг, отсутствие права выбора врача, лечебного заведения, игнорирования прав пациентов. Например, врач общей практики определяет, что пациенту нужен прием у узкого специалиста. Консультацию специалиста предоставят ему в течение восемнадцати недель. Здравоохранение в Британии финансируется из налогов, и расходы пытаются сокращать, преследуя цель «вылечить» пациента при наименьшем количестве посещения специалистов.

## 3. Преимущественно страховая.

Представлена в таких странах, как Германия, Франция, Швейцария и других европейских странах.

В Германии медицинская помощь оплачивается страховыми компаниями, в которые ежемесячно идет процент заработанных населением средств. Страхование является обязательным, охватывает широкий спектр оказания медицинских услуг, включая страховые случаи. Частные клиники в Германии составляют всего 8 % от всех медицинских учреждений и часть доходов, получаемых в таких клиниках, идут на оплату медицинской страховки малоимущим, которые представляют всего 2 %.

Что касается современной российской системы здравоохранения, то в ней можно найти черты всех трех систем и такая «химеричность» обусловлена ее долговременным переходным состоянием. У населения и властей Российской Федерации разный взгляд на здравоохранение. По мнению специалистов, чиновники воспринимают здравоохранение как дотационную, а не инвестиционную отрасль. Для них это неизбежная повинность государства. Средства, выделяемые бюджетом, часто расходуются не оптимально. Так же эксперты здравоохранения уверены, что в стране нарушаются права граждан на бесплатную медицинскую помощь, так как бюджет уже не в состоянии профинансировать в полной мере обязательства перед пациентами. Если профинансировать все виды медпомощи в соответствии с Конституцией РФ, то бюджет здравоохранения станет таким, каким в принципе быть не может. Г. Улумбекова, член комиссии по разработке «Концепции развития здравоохранения и охраны здоровья населения РФ до 2020 года», считает, что если повысить акцизы на алкоголь, табачную продукцию и ввести налог на роскошь, то эти средства помогут государству в финансировании отрасли [см: 2].

За последние два десятка лет система здравоохранения перетерпела множество радикальных изменений, которые, впрочем, не всегда носили и носят целенаправленный и последовательный характер.

Одним из наиболее значимых в этой сфере было реализация национального проекта «Здоровье», стартовавшего [1 января 2006 года](#) и направленного на повышение качества медицинской помощи. Целями

проекта объявляются: укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи, развитие первичной медицинской помощи, возрождение профилактического направления в здравоохранении, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью [3]. Из всех этих целей, наиболее наглядно была осуществлена последняя. Именно благодаря нацпроекту «Здоровье» были построены новые дорогостоящие высокотехнологические федеральные медицинские центры, ряд отечественных больниц пополнили новым оборудованием, созданным по новым технологиям [3], и вообще наблюдается положительная динамика в техническом оснащении медицинских учреждений. Но, к сожалению, есть и вторая сторона медали. С введением новой техники был выявлен дефицит квалифицированных кадров, которые могли бы работать в таких условиях.

Полноценной реализации данного нацпроекта (изначально ориентированного на 20 лет (т.е. до 2025 года)) мешает нынешний финансовый кризис, который внес свои не самые приятные коррективы. Прежде всего, речь идет о т.н. «оптимизации» сферы здравоохранения. Оптимизацией обычно называют процесс приведения системы в лучшее состояние. На самом деле за красивым словом стоит простая экономия на персонале, медицинской помощи пациентам, общее урезание финансирования. Премьер Дмитрий Медведев, выражая мнение правительства на этот счет, утверждает, что сокращаются менее эффективные расходы [4]. Это мнение разделяется и другими чиновниками, оправдывающих сокращение коек в учреждениях здравоохранения, закрытие больниц и иных медучреждений (что вынуждает людей из отдаленных районов ездить в областные центры за получением медицинской помощи) и сокращение медработников. Так, по словам заместителя мэра Москвы Леонида Печатникова, больницы с переизбытком коек достались нам с советских времен [5]. Теперь же больницы не нуждаются в таком количестве коек, так как разработаны и введены новые системы диагностики.

Сокращение работников медицины происходит из-за нежелания ознакомления с новой техникой, а указания сокращать врачей в больницах не было [6]. Хотя, например, исследования, проведенные в Великобритании, показали, что экономия средств от сокращения коек составила всего лишь 20 %, в связи с тем, что понадобились траты на альтернативную помощь, а зарубежный опыт сокращения пунктов медицинской помощи в сельской местности не привел ни к каким потерям [7].

Однако, учитывая размеры нашей страны, а также нередкое отсутствие подходящей инфраструктуры, – проблема доступности медицинской помощи (в т.ч. и элементарной) жителям сельской местности России является куда более насущной, чем для европейских стран. В 2012 году, для улучшения ситуации, правительством была запущена программа «Земской доктор» [8], которая действует и в настоящее время. Молодые специалисты, закончившие институт, при переезде в сельскую местность, могут получить субсидию, в размере одного миллиона рублей. Однако, вопрос нехватки медицинской помощи населению отдаленных районов остается открытым. Ранее в поселках были хотя бы фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), сейчас же, провели централизацию и многие из них были закрыты. Несмотря на уверенные слова Министра Скворцовой, о том, что там, где пункты все-таки остались, продумываются разные способы улучшения качества оказываемой помощи: внедрение видеосвязи с врачом и иные виды телемедицины, мобильные выездные бригады медицинской помощи и даже такие необычные формы работы, как поезда и теплоходы здоровья. Понятно, что это не может являться панацеей, а тем более заменить настоящую полноценную медпомощь.

Еще одним из способов решения проблемы нехватки квалифицированных медицинских кадров в малых городах и сельских поселениях видят в модернизации системы обучения медицинских кадров (согласно изменениям Федерального закона от 21.11.2011 № ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [9],

содержащихся в части 4, ст. 100, которые вступили в силу с сентября 2017 года). Согласно им, для студентов, поступивших в медицинский вуз в 2017 году, для самостоятельной работы в медицинском учреждении, интернатура не обязательна. Общий срок обучения сокращают, так чтобы навыки, получаемые в интернатуре, были получены студентами в их шестилетний (для некоторых специальностей пятилетний) учебный срок. Что касается узких специальностей, то перед тем как поступить в ординатуру, студенту придется три года отработать терапевтом общей практики. Первым местом работы станет учреждение, расположенное в том районе, от которого проходил набор.

«Бюджетники», обучавшиеся на стипендии, после окончания ВУЗа должны будут вернуть государству затраченные на них деньги. Система напоминает практику распределения, существовавшую при СССР, и вызывает у студентов волнение. Такое распределение считает уместным и директор департамента кадровой политики в здравоохранении Минздрава Татьяна Семенова. По ее словам, отсутствие послевузовского распределения – это проблема и если не заняться этой проблемой вплотную, то некоторые регионы останутся совсем без врачей. Многие специалисты после обучения хотят остаться работать в больших городах, и почти никто не рвется вернуться в маленький город или сельское поселение. Отсутствие перспектив и нормального уровня зарплат явно не принимаются во внимание.

Что же касается зарплат, то еще в 2012 году Президентом Российской Федерации В. В. Путиным были изданы «Майские указы», поручения, следующие за его предвыборными обещаниями. Согласно им, зарплата врачей должна повысится до 200 %. По данным из отчета, опубликованного 4 мая 2017 года, о ходе выполнения указов [10] средняя зарплата врачей – 50 667 рублей (+5,8 %), среднего медицинского персонала – 28 174 рубля (+4,3 %), младшего медицинского персонала – 18 436 рублей (+9,6 %). Из статьи, опубликованной на портале РБК [11] ясно, как чиновникам удается формально показывать нужные цифры, хотя в реальности никакого поднятия

зарплата медикам не было. «Подсчет заработной платы врачей осуществляется без поправки на количество ставок» – утверждает председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству (АСМОК) Гузель Улумбекова [11]. В результате заявленная средняя зарплата медиков получается на 50 % выше, чем за одну ставку.

Вторым хитрым способом является – повышение за счет сокращения. Задачу повышения зарплат власти решают параллельно с сокращением количества врачей. В итоге, врачам, оставшимся на работе, предлагают взять часть ставки сокращенного работника. Таким образом, повысится его средняя зарплата, а сколько на самом деле врач отработал – никто не считает. Трудовой кодекс Российской Федерации запрещает перерабатывать свыше нормы, но у медицинских работников нет такой статьи и перерабатывать запрещается только формально. Несмотря на это, медики, в попытке получить большую заработную плату (или же просто от нехватки персонала) набирают себе много дежурств, хватаются за освободившуюся ставку. В итоге страдают не только врачи, но и пациенты. Ведь от усталого человека мало толка и он совершает больше ошибок. На просторах интернета часто можно встретить истории, касающиеся врачебных ошибок, совершенных на фоне усталости [12]. Бывают случаи, когда ошибка врачей (медсестер) становится фатальной для пациента. Единственную меру, которую после таких случаев принимают руководители – это увольнение сотрудника. Никаких мер по поводу пересмотра рабочего времени и увеличения численности штата не принимается. Хотя все прекрасно понимают, что совершенные ошибки не только вина медицинского персонала.

Корни этих проблем станут понятнее, если представить сравнительную характеристику бюджета, выделяемого на здравоохранение в 2016 и 2017 годах в выполненной авторами таблице 1.

## Бюджетное финансирование здравоохранения в 2016 и 2017 гг.

	2016	2017
Финансирование стационаров	243 млрд. руб.	148 млрд. руб.
На амбулаторную помощь	113,4 млрд. руб.	68,995 млрд. руб.
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	17,473 млрд. руб.	14,68 млрд. руб.
На здравоохранение в целом	544 млрд. руб.	363 млрд. руб.

В октябре прошлого года был опубликован доклад экспертов Института современной России «О положении дел в системе здравоохранения России» [13]. Основная ценность этого экспертного обзора в том, что уровень провального менеджмента подкреплён примерами, из которых следует, что деньги решают не все:

1. Для того, чтобы поменять розетки в поликлинике нужно объявить тендер совместно с департаментом здравоохранения. Целая комиссия будет оценивать актуальность смены розеток, а не рядовой главврач с завхозом.

2. Нигде в мире пациенты с четвертой стадией рака не занимают дорожные реанимационные койки. Для этого есть хосписы (а вот как раз хосписов в России катастрофически не хватает).

3. За последние полтора десятка лет в России не было изобретено ни одного оригинального лекарственного препарата нового поколения.

4. В 140 миллионной России создано полтора десятка многофункциональных медицинских центров, рассчитанных на оказание высокотехнологичной помощи. Они пустуют. Потому что в регионах не находится специалистов, способных работать на этом уровне. И потому, что по правилам Минздрава серьезных больных лечат по квоте в федеральных центрах, а не региональных. И пациент вынужден биться за квоту в столице в то время, когда рядом есть классный медицинский центр.

5. Современному студенту мединститута за шесть лет обучения онкологию читают всего один месяц.
6. Средний возраст российского участкового – 60 лет.
7. Современные иглы однократного применения для одноразовых шприцев по полному циклу в России не производит ни одно предприятие.
8. Медицинские халаты отечественного производства стоят 143 рубля, а немецкие – 40 рублей.

Тарифы ОМС в 3-10 раз меньше реальной стоимости услуги. К примеру, базовый анализ крови стоит 300 рублей, а поликлиники за него получают от 70 до 103 рублей. В итоге, чтобы выжить поликлиники должны гнать процент посещаемости. В итоге – измотанный врач и необследованный толком больной. В еще более отдаленной перспективе увеличение стоимости его лечения уже как запущенный случай [14].

Все эти случаи касаются не только России, но и Свердловской области в частности и список может продолжить любой человек, как-то действующий в сфере здравоохранения. Именно поэтому, необходимо разрабатывать программы на совершенствование здравоохранения, а не усугублять и без того печальную ситуацию в стране.

### **Список литературы**

1. Федорова Д. Пять плюсов и три минуса американской системы здравоохранения [статья от 05.08.2015] // Медпортал. URL: <https://medportal.ru/mednovosti/main/2013/08/05/001usa/>, свободный.
2. Башкатова А. Бесплатная медицина в стране не по карману [статья от 06.10.2011] // Независимая газета. URL: [http://www.ng.ru/economics/2011-10-06/1\\_medicina.html](http://www.ng.ru/economics/2011-10-06/1_medicina.html), свободный.
3. Национальный проект «Здоровье» [Электронный ресурс]: справка // РИА «Новости». URL: <https://ria.ru/society/20090512/170852739.html>, свободный.

4. Медведев Д. Социально-экономическое развитие России: обретение новой динамики // Вопросы экономики. 2016. № 10. С. 5-30.
5. Почему сокращают койки в больницах [статья от 16.07.2016] // MR7 – Новости Москвы, Санкт-Петербурга, России. URL: <http://msk.mr7.ru/pochemu-sokrashhayut-kojki-v-bolnitsah/>, свободный.
6. Печатников Л. Указания сокращать врачей в больницах не было [статья от 11.09.2014] // Москва 24. URL: <http://www.m24.ru/articles/55498>, свободный.
7. Мак-КиМ. Сокращение больничных коек: какие уроки следует вынести? // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2014. № 6. С. 9.
8. Программа «Земский доктор» – один из факторов развития здравоохранения [Электронный ресурс] // Официальный сайт партии «Единая Россия». URL: <https://er.ru/interview/2016/4/28/programma-zemskij-doktor-odin-iz-faktorov-razvitiya-zdravoohraneniya/>, свободный.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // «Консультант Плюс». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/), свободный.
10. О ходе выполнения Указа Президента Российской Федерации «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [Электронный ресурс]: отчет Правительства Российской Федерации от 07.05.2012 № 596–606 // Официальный сайт Правительства Российской Федерации. URL: <http://government.ru/orders/selection/406/12194/>, свободный.
11. Малышева Е. Хитрая арифметика: как правительство подгоняет зарплаты под указы Путина [статья от 21.09.2015] // Официальный сайт компании «РБК». URL: <http://www.rbc.ru/economics/21/09/2015/560020969a794754d3dd2708>, свободный.

12. Ночной медицинский кошмар [Электронный ресурс] // блог «Живого Журнала». URL: <http://sovenok101.livejournal.com/133957.html>, свободный.

13. О положении дел в системе здравоохранения России [Электронный ресурс]: доклад Института современной России / Российский медицинский сервер. URL: <http://rusmedserver.com/?p=3362>, свободный.

14. Чернова Н. Теперь без иллюзий – Минфин планирует на треть урезать расходы на здравоохранение в 2017 году [статья от 19.10.2016] // Новая газета. URL: <https://www.novayagazeta.ru/articles/2016/10/19/70232-teper-bez-illyuziy>, свободный.