

7. Christman J. Relational Autonomy and the Social Dynamics of Paternalism // Ethical Theory and Moral Practice. – 2014. – V.17, Issue 3. – P. 369–382
8. U.S. Department of Labor. The employment situation. – Washington: Bureau of Labor Statistics, 2011– 566 p.
9. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. – Washington: U.S. Census Bureau, 2010. – 638 p.
10. OECD // Economic Outlook. – 2014. – V.1, Issue 1. [Электронный ресурс] // URL: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economicoutlook-volume-2014-issue-1_eco_outlook-v2014-1-en. (дата обращения: 08.10.2015).
11. Joe G. National accounts, wellbeing, and the performance of government // Oxford Review of Economic Policy. – 2011. – V .27. – P. 620–633.

Исследование выполнено на базе Томского политехнического университета при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации в рамках выполнения научно-исследовательских работ по направлению «Оценка и улучшение социального, экономического и эмоционального благополучия пожилых людей», договор № 14.Z50.31.0029.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ОЦЕНКА ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

А.Н. Иванова*, Л.М. Борисова

Томский политехнический университет, г. Томск

E-mail: *favoritelife@sibmail.com

Научный руководитель: Борисова Л.М., канд. экон. наук, доцент

Здравоохранение является важнейшим компонентом социальной политики государства. Охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни должны обеспечивать благосостояние человека и устойчивость социально-экономического развития. Состояние российской системы охраны здоровья населения и здравоохранения как ее важнейшего элемента сегодня можно охарактеризовать как кризисное. Показатели здоровья населения ухудшаются. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи. Неблагополучное состояние этой сферы перерастает в серьезную социальную проблему.

Ухудшение состояния здоровья населения Российской Федерации происходило одновременно с сокращением государственных расходов на здравоохранение в реальном выражении. Всемирная торговая организация уже доказала пропорциональную зависимость здоровья населения от инвестиций в здравоохранение. То есть чем больше государство тратит на одного индивида в год, тем больше реализуются биологические возможности гражданина.

По данным Министерства здравоохранения, сегодня в России треть больниц и поликлиник находятся в аварийном состоянии, а более половины оборудования эксплуатируется больше десяти лет и уже морально устарела.

Главным финансовым показателем, определяющим уровень развития и отношения государства к здоровью населения, является доля расходов на здравоохранение в ВВП. ВОЗ рекомендует ее не ниже 7%.

Большинство стран в мире тратят на здоровье людей намного больше. Если сравнивать Россию с другими государствами, расходы на здравоохранение в России ничтожно малы. Мы тратим на финансирование данной сферы намного меньше таких стран как США, Франция, Германия, Греция, Великобритания, Италия, Япония и ряд других стран, в которых показатель расходов на здравоохранение варьируется от 9% до 17 % ВВП. Для сравнения расходы на здравоохранение в США в 2013 году составили 17% от ВВП, в Германии – 11%, даже в Аргентине – 7%. Россия отстает даже от развивающихся стран: в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии власти расходуют 7–9 % ВВП. В России в 2014 году расходы на эту сферу составили, по данным Росстата, 3,5% ВВП [2].

По оценке ВОЗ, наша страна 2014 год по финансированию здравоохранения стоит на 91-м месте в мире, а по эффективности системы здравоохранения на последнем месте (51) [4].

Расходы на здравоохранение в период с 2002 года по 2014 год можно описать синусоидой. Они колеблются возле показателя в 4 %, но превзошли этот показатель лишь раз в 2009 году, так и не достигнув минимального, рекомендуемого ВОЗ (Рис.1).

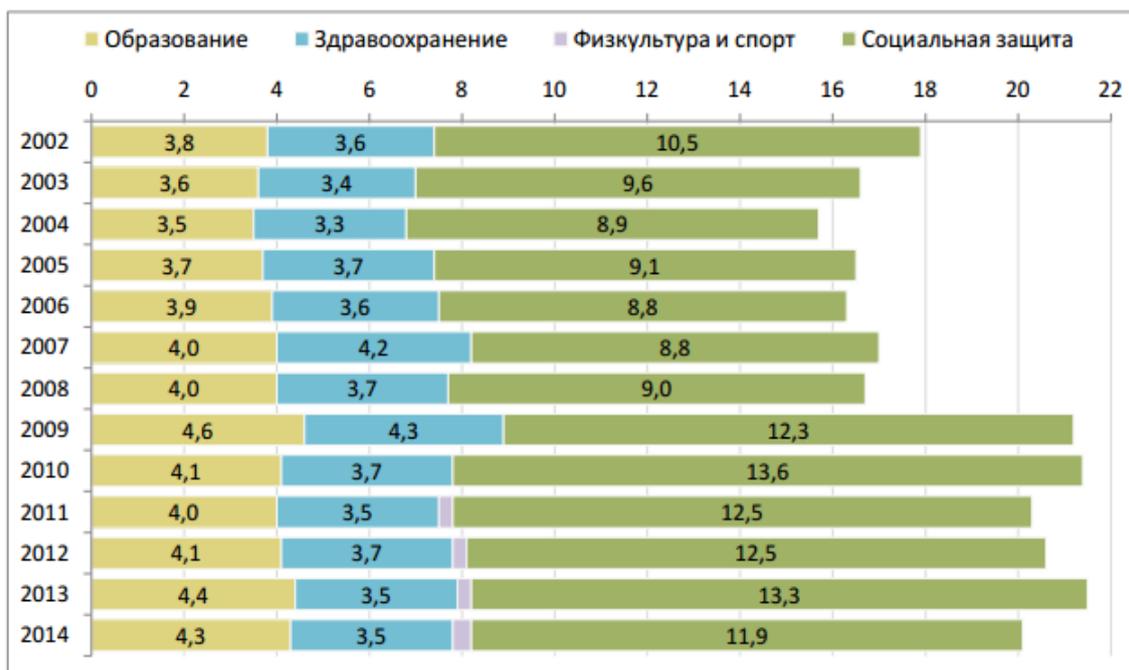


Рис. 1. Совокупные государственные расходы на социальную сферу

На данный момент мы наблюдаем устойчивое снижение во всех социальных сферах.

Объяснить это можно сложной экономической ситуацией в стране, сложившейся в результате входа в состав России новых территорий, так как сама процедура присоединения требует дополнительных расходов, которые не были учтены в проекте бюджета, и в результате чего средства «отщипывались» от других статей расхода.

Тем не менее, здравоохранение, несмотря на проблему финансирования, все же остается в числе приоритетных для государства. Это обусловлено тем, что состояние системы здравоохранения влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение заболеваемости и инвалидности, снижение смертности в трудоспособном возрасте, снижение младенческой и по возрастной смертности детей, увеличение средней продолжительности жизни). Все это позволяет увеличить трудоспособное население, работающее на благо государства.

Для выхода из этого тяжелейшего кризиса нужен целый комплекс серьезных мер, включающий разработку концепции долгосрочного развития отечественного здравоохранения и полноценной правовой базы, в том числе закона «О государственных гарантиях оказания медицинских услуг», создание единой системы стандартов оказания медицинских услуг и лекарственной помощи [3].

Модели финансирования здравоохранения можно классифицировать по различным признакам – единой классификации не существует.

Но все существующие модели можно свести к трем основным базовым в зависимости от преобладающего источника финансирования:

1. Бюджетная (государственная) – к ней относятся Великобритания, Дания, Италия.
2. Страховая (социально-страховая) – это страны Германия, Франция, Япония.
3. Частная (негосударственная, или рыночная) – США и Израиль.

В более широком понимании существуют две крайних модели – полностью рыночная и полностью государственная, а также их смешанные варианты.

В настоящее время в РФ финансирование здравоохранения имеет смешанный бюджетно-страховой характер, при котором за счет государства оплачиваются целевые программы, капитальные вложения и некоторые другие расходы, а финансирование основной медицинской помощи осуществляется через систему медицинского страхования. Двухканальное финансирование снижает управляемость отрасли, ограничивает возможности стратегического и текущего планирования финансовых ресурсов, затрудняет контроль над целевым и рациональным расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи. Поэтому в соответствии с Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. и Перечнем поручений Президента РФ по вопросам здравоохранения и образования в субъектах РФ определены важнейшие направления реформы здравоохранения с обеспечением преимущественно одноканального финансирования и внедрением подушевого принципа оплаты медицинской помощи.

Не менее серьезной проблемой российской системы здравоохранения является неэффективность механизма распределения средств бюджетов публично-правовых образований и государственных внебюджетных фондов. Зачастую средства не доходят до своих получателей, либо используются не по целевому назначению. Система здравоохранения, по мнению экономических аналитиков, является самой коррумпированной. С целью преодоления данной проблемы указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» было решено повысить уровень оплаты труда отдельных работников социальных учреждений.

Таблица 1 – Динамика размера заработной платы работников здравоохранения, руб.

Категории работников	2013 год	2014 год	2015 год
Врачи	29 960,00	31 611,00	37 278,00
Средний медицинский персонал	15 720,00	17 848,00	20 420,00
Младший медицинский персонал	9 854,00	11 946,00	13 493,00

Из таблицы видно, что произошло увеличение заработной платы, но оно незначительно. На уровень зарплат медработников большое влияние оказывает высокий процент внутреннего совместительства, который составляет четверть от всего фонда оплаты труда. Это означает, что рост уровня средней заработной платы медицинских работников вызван не фактическим увеличением размера оплаты его труда, а ростом нагрузки на одного работника, когда вместо положенных 8 часов врач работает 12 часов и более [1].

Чтобы привлечь молодых специалистов, их необходимо заинтересовать. Многие квалифицированные врачи уже переступили рубеж 45 летнего возраста, а в будущем сменить их будет некем.

С каждым годом число врачей сокращается, что ведет к росту недоукомплектованности штатов, повышению коэффициента совместительства и степени неудовлетворенности медицинского персонала своим трудом. И причиной тому снова являются низкие темпы роста заработной платы при ее низком базовом уровне.

Это приводит к тому, что большинство работников здравоохранения переходят либо в коммерческий сектор (частные клиники), либо уходят в другую отрасль. Следовательно, важная задача, требующая скорейшего решения, – это достижение полноты укомплектования медицинских организаций медработниками как с высшим образованием, так и со средним.

Молодой медперсонал не спешит устраиваться на работы в больницы. И если ничего не изменить и не принять меры уже сегодня, то через 10 лет больных, по всей видимости, лечить будет просто некому.

Но благодаря повышению заработной платы, мы лишь привлечем новых работников в эту отрасль, но не увеличим ее эффективность.

Ключевая проблема здесь заключается в недостаточности стимулов к повышению эффективности использования ресурсов, дефиците ответственности за состояние здоровья населения. Мы имеем такую систему организации, управления и финансирования здравоохранения, которая не побуждает врачей рационально использовать ресурсы и добиваться максимально высоких показателей здоровья населения в расчете на вложенные ресурсы.

Главной задачей, которая стоит перед современной системой здравоохранения России, также как и в других странах мира, является обеспечение равного доступа к полному спектру медицинских услуг для каждого индивида.

Дорогостоящие виды медицинских услуг могут значительно увеличивать эффективность обследования и лечения по сравнению с доступными всем методами, а в некоторых случаях – они просто незаменимы. Однако возрастает ограниченность доступа к получению таких видов услуг для многих граждан, ввиду недостаточности средств. Эта проблема может быть частично решена путем применения про-

граммно-целевого финансирования расходов бюджета на здравоохранение, которое будет иметь дополняющий характер к проводимым в сфере здравоохранения структурным реформам. Они помогут открыть доступ к дорогим медицинским услугам для отдельных групп населения. Не менее важную роль играет расширение деятельности и поддержка со стороны государства благотворительных фондов. Собираемые ими средства идут на оказание медицинской помощи тем, кто в силу недостатка собственных сбережений не может воспользоваться этими услугами [1].

В заключение можно обобщить основные проблемы российского здравоохранения:

1. *Недостаточное финансирование государственной системы здравоохранения.* Недофинансирование влечет за собой отсутствие достойной оплаты труда медперсонала и недостаточное обеспечение населения бесплатными лекарствами, невозможность соблюдения современных стандартов лечения и обеспечения больниц современным оборудованием и расходными материалами.

2. *Дефицит медицинских кадров и его структура.* Дефицит медицинских кадров станет следствием повышения доли врачей пенсионного и предпенсионного возраста (порядка 50 %) и демографическим кризисом, ударившим по количеству выпускников вузов. Другим фактором низкого воспроизводства кадров в медицине является низкий уровень оплаты преподавателей медицинских вузов.

3. *Недостаточная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи.*

4. *Низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи.*

Здравоохранение занимает исключительное место в социально-ориентированной рыночной экономике, поскольку именно здесь производятся медицинские услуги. Необходимо создать конкуренцию между учреждениями, оказывающими медицинские услуги, т.е. разрешить людям самим выбирать место лечения, что позволит улучшить качество услуг медицинских организаций. Чтобы обеспечить оптимальный уровень финансирования здравоохранения, необходимо сочетать различные источники оплаты оказываемой медицинской помощи, в том числе развивать систему ДМС и использовать средства, получаемые от предпринимательской деятельности.

Список использованной литературы.

1. Серебряный А. Доктор выбор прописал. Как повысить эффективность финансирования здравоохранения [Электронный ресурс] // Российская Бизнес-газета. М. 2013. URL: <http://sibac.info/15081/> (дата обращения: 15.10.2015).

2. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] // URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 15.10.2015).

3. Самутин К.А. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства // Российское предпринимательство. – 2012. – № 11 (209). – С. 131–136.

4. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году [Электронный ресурс] // URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887> (дата обращения: 15.10.2015).

Исследование выполнено на базе Томского политехнического университета при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации в рамках выполнения научно-исследовательских работ по направлению «Оценка и

улучшение социального, экономического и эмоционального благополучия пожилых людей», договор № 14.Z50.31.0029.

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ КАК ФАКТОР ИХ БЛАГОПОЛУЧИЯ

В.С. Иванова, Л.И. Иванкина*

Томский государственный университет, г. Томск

*Томский политехнический университет, г. Томск

E-mail: vcsoc@rambler.ru

Используя данные социологического исследования, выявлена зависимость между оценками своего здоровья лиц пожилого возраста и их социальным благополучием. На основе традиции изучения феномена здоровья и российского опыта исследования данных практик установлено следующее: место здоровья в ценностной системе томичей, различия в практиках здорового образа жизни и их влияния на восприятие своего благополучия. Эмпирической базой являлись результаты анкетирования (выборочная совокупность 400 чел.) лиц пожилого возраста, проживающих в городах и сельской местности Томской области.

Социальная значимость вопросов социального благополучия и отношения человека к своему здоровью обусловлена не только влиянием неблагоприятной экологической ситуации, современным темпом жизни, увеличением количества хронических заболеваний, но и происходящими процессами реформирования российской системы здравоохранения, которые привели к росту платных медицинских услуг и сокращению бесплатного лечения, и как следствие, к неблагоприятным последствиям для слабо защищенных слоев населения, в частности лиц пожилого возраста. Актуализация проблематики статьи обусловлена тем, что вопросы здоровья и здорового образа жизни напрямую связаны с вопросами функционирования общества в целом. Данное противоречие обусловило исследовательскую проблему: каким образом лица пожилого возраста оценивают свое здоровье, каковы их представления о здоровом образе жизни и являются ли самооценки показателем их социального благополучия?

Основным фокусом внимания явилось выявление представлений пожилых людей о практиках здорового образа жизни, их оценках своего здоровья и связи данных самооценок с их благополучием. Эмпирической основой для решения исследовательских задач послужил социологический опрос лиц пожилого возраста, проведенный в апреле 2015 г. (объем выборочной совокупности составил 400 чел., объект исследования – лица старше 55-ти лет, проживающие в городах и сельской местности Томской области).

Социальное благополучие индивида определяется несколькими переменными: удовлетворенностью материальным положением, позитивным настроением и положительными самооценками здоровья [1]. Как и в любом другом достаточно распространенном явлении в понимании что такое «здоровье» нет единого мнения. Наиболее часто употребляемым на сегодняшний момент определением является формулировка, предложенная в Уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): здоровье – это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [2, с.1]. Исследова-