

Доступность и качество медицинских услуг в российской системе здравоохранения

Письменная Елена Евгеньевна

Д-р социол. наук, доцент, профессор кафедры «Прикладная социология» Финансового университета при Правительстве Российской Федерации

E-mail: nikitar@list.ru

Моженкова Елена Михайловна

Студентка магистратуры 1-го курса факультета социологии и политологии Финансового университета при Правительстве Российской Федерации

E-mail: sem-mag@mail.ru

Авторами статьи рассматриваются проблемы доступности и качества медицинских услуг в российской системе здравоохранения. Затрагивается проблема финансирования сферы здравоохранения и коммерциализации медицинских услуг. Особое внимание уделено проблеме несостоятельности механизма обеспечения лекарственными средствами граждан льготных категории. Кроме того, коммерциализация предоставления медицинских услуг «выталкивает» пациентов из сферы бесплатного здравоохранения. Отдельной социальной проблемой является неконтролируемая миграция, потенциально способная стать источником распространения многих серьезных заболеваний.

Ключевые слова: система здравоохранения, медицинские услуги, платная медицина, социальное неравенство, доступность и качество медицинских услуг, льготные лекарства.

Access and Quality of Medical Care in the Russian Health Service

Elena Ye. Pismennaya

Doctor of Social Sciences, Associate Professor, Department «Applied Sociology», Financial University under the Government of the Russian Federation

E-mail: nikitar@list.ru

Elena M. Mozhenkova

1st year Undergraduate, Department of Sociology and Political Science, Financial University under the Government of the Russian Federation

E-mail: sem-mag@mail.ru

The article deals with social problems that the Russian healthcare system is facing today. We conducted a secondary analysis of sociological research on this issue. It is specially noted health financing problem. It is spoken in detail provision of medicines. The article gives a detailed analysis of commercialization of medical services. In addition, commercialization of health care services "pushes" free patients from the health sector. A separate issue is the social uncontrolled migration, potentially able to be a source of spread of many serious diseases.

Keywords: medical sociology, health service system, medical services, paid medicine, social inequality, availability and quality of medical care, subsidized medicine.

Доступность и качество оказания медицинских услуг является центральным показателем благополучного социально-демографического развития любого современного общества. Актуальность исследований в этой сфере в России определяется, с одной стороны, принимаемыми государством мерами — с 2006 г. стартовал национальный проект «Здоровье»¹, в содержании которого закреплены направления по усовершенствованию и модернизации сферы здравоохранения для поддержания здоровья общества (повышение доступности и качества медицинской помощи, укрепление здоровья, развитие высокотехнологичной медицинской помощи, а также профилактическая направленность медицинской помощи). С другой стороны, отношением россиян к проблемам здравоохранения в стране, которые, по их мнению, находятся в первой десятке социальных проблем, и их стойким убеждением, что цели оптимизации российской системы здравоохранения не реализованы².

Ежегодно численность населения нашей страны уменьшается: с 2004 по 2014 г. она сократилась от 144,3 млн до 143,7 млн человек. По прогнозам экспертов, положительной динамики ждать не стоит, и к 2020 г. численность населения может сократиться до 141,7 млн, а к 2030 г. — до 132,8 млн человек³. Важно отметить, что число тех, кто нуждается сегодня в качественной медицинской помощи, возрастает. Например, масштабы распространения случаев злокачественных новообразований среди населения можно проследить в динамике: в 1992 г. число впервые выявленных пациентов с таким диагнозом составляло 402 899 человек, то в 2013 г. — 535 887 человек. Все более распространены случаи таких заболеваний среди детей — в возрастной группе от 0 до 14 лет число зарегистрированных случаев злокачественных заболеваний в 2005 г. было 2382, а в 2012 г. этот показатель составил 2751⁴.

В контексте развития идеи о том, что здоровье является важнейшим показателем благополучия семьи и общества, уместно отметить, что проблемы в оказании доступных и качественных медицинских услуг являются остросоциальными. В связи с этим вызывают недоумения некоторые размышления по

их оптимизации. Так, в Научно-исследовательском Финансовом институте (НИФИ) с этой целью подготовлены предложения об ограничении бесплатных вызовов «скорой» (предложенная норма — 4 раза в год), также предлагается нормировать и количество госпитализаций. Например, в плановом порядке можно будет пролечиться в стационаре два раза в год⁵. Возникает справедливый вопрос: как можно стандартизировать состояние здоровья и необходимость медицинской помощи?

Особенно критично можно оценить предложение о том, чтобы платить за «ложные вызовы скорой» (в данном случае предполагается ситуация, когда при вызове специалиста говорят о тяжело больном, а фактически ситуация не столь критична). В данном предложении совершенно не учитывается условие, что больному могло стать лучше до времени прибытия скорой, а также факт того, что человек, вызывающий врача, не может быть компетентен, чтобы точно оценить состояние нуждающегося в медицинской помощи.

На основе анализа обобщенных материалов социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения, представленных Министерством здравоохранения РФ⁶, можно отметить, что 46% населения за 2014–2015 гг. обращались к платным медицинским услугам. При этом доля тех, кто платил, официально увеличилась, что служит подтверждением активной коммерциализации данной сферы и нарушением принципа доступности медицинских услуг.

Сегодня остро обсуждается вопрос государственной политики, направленной на сокращение медицинских учреждений и койко-мест. Если проследить изменение данного показателя с 1940 по 1990 г., можно отметить положительную динамику — за 50 лет число больничных организаций увеличилось на 4,3 тыс.⁷. В период же 90-х гг. XX в. ситуация изменилась в противоположную сторону: государство следует курсу на сокращение медицинских учреждений (в 2000 г. число медицинских организаций составило 10,7 тыс., а в 2013 г. их число составило 5,9 тыс. медицинских учреждений). Аналогичное положение дел можно проследить, анализируя такой показатель, как обеспеченность больничными койками: с 1940 по 1990 г. их количество только возрастало от 482 тыс. до 2037,6 тыс. соответственно, а в 2013 г. их количество составило 1301,9 тыс. [4, с. 162]. Следствием таких изменений является ущемление интересов нуждающихся в медицинской помощи и нарушение принципа социальной справедливости в контексте оказания доступных меди-

¹ Национальный проект «Здоровье»//РИА Новости. Официальный сайт URL: — <http://ria.ru/society/20090512/170852739.html> (дата обращения: 04.11.2015).

² Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. — Официальный сайт. — URL: http://wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2015/2015-09-02-zdravoohranenie.pdf (дата обращения: 31.01.2016).

³ Федеральная служба государственной статистики. Официальный сайт. — URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 04.11.2015).

⁴ Социально значимые заболевания населения России в 2013 году. Статистические материалы. Москва, 2014 // URL: <http://psychiatr.ru/download/1821?view=1&name=Заболеваемость+2014.pdf> (дата обращения: 04.11.2015).

⁵ Болеешь-плати//Российская газета, официальный сайт URL: <http://www.rg.ru/2015/11/26/skoraya.html> (Дата обращения: 31.01.2016).

⁶ Там же.

⁷ Федеральная служба государственной статистики. Официальный сайт. — URL:<http://www.gks.ru> (дата обращения: 04.11.2015).

цинских услуг надлежащего качества. В связи с этим резко увеличивается нагрузка на поликлиники и вероятны случаи, когда отсутствие свободных мест в больнице несет угрозу жизни человека, который нуждается в госпитализации.

Одной из мер оптимизации работы системы здравоохранения, которая пока носит рекомендательный характер, стала необходимость соблюдать временной регламент приема пациентов. С позиции Минздрава России 15 минут — это оптимальное время для осмотра пациента, заполнения медицинской карты и выписки рецепта⁸. Анализируя этот факт, возникает вопрос: можно ли стандартизировать пациентов, нуждающихся в медицинской помощи? Ведь каждый случай индивидуален и требует особого подхода и времени.

При такой сложной ситуации, которая сложилась в отечественной медицине, можно отметить, что, по данным исследований ВЦИОМ, за 2006–2015 гг. уровень индивидуальной ответственности граждан за свое здоровье увеличился: снизилось число тех, кто лечится сам (2006 г. — 37%, 2015 г. — 25%), и, наоборот, с 2008 по 2015 г. на 10% возросло количество людей, которые занимаются физкультурой для поддержания своего здоровья⁹.

Среди проблем, с которыми сталкивается население России при обращении в государственные поликлиники и требуют первостепенного решения, на первом месте по распространенности остается проблема организации работы больниц (34%), что проявляется, прежде всего, в больших очередях (16%) и сложности записи к врачу (8%)¹⁰.

Еще одна важная проблема — региональное неравенство в объеме и качестве медицинского обслуживания: в 2011 г. в 42 российских регионах обеспеченность врачами сельской местности была ниже среднероссийского значения. При этом, фактически, от сердечно-сосудистых заболеваний в сельской местности умирает на 18% граждан больше, чем в городе, а острых отравлений и травм на 40% больше¹¹.

Сегодня государство существенно урезало финансовые расходы на здравоохранение. В сравнении с развитыми странами РФ существенно отстает в объемах финансирования сферы здравоохранения: если в

США и Дании расходы в 2013 г. на здравоохранение составляют 10% от ВВП, в европейских странах — 6–9%, в России — это всего порядка 3%¹². При этом, по мнению ряда экспертов, в 2016 г. расходы на здравоохранения сократятся на 20%¹³. Однако очевидно, что без оптимальной финансовой поддержки невозможно поддерживать достойный уровень жизни и социально-демографическое развитие страны. Недостаточный объем финансового обеспечения влечет за собой угрозу укрепления теневого рынка медицинских услуг. Подтверждением данного обстоятельства может служить следующее: в 2013 г. 22% из 1300 человек осуждены за получение взятки, каждый 5-й из них — работник сферы здравоохранения [2, с. 94–103]. Отметим, что в 2014 г. выявлено и изъято из обращения более 600 тыс. незарегистрированных медицинских изделий и 1109 серий (более 2,3 млн упаковок) недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств¹⁴.

Несостоятельность системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) остается актуальной и требующей незамедлительного решения проблемой. Эта программа исполняется с 2005 г. и основная ее цель заключается в том, чтобы обеспечить отдельные категории граждан-льготников необходимыми лекарственными средствами за счет средств федерального бюджета. Активистами Общероссийского Народного Фронта (ОНФ) была проведена проверка на наличие льготных препаратов, которые закреплены в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Почти третья часть региональных аптек, проверенных активистами ОНФ, не располагает полным набором наиболее востребованных лекарств¹⁵.

Проведенный нами контент-анализ публикаций СМИ (Российская газета, журналы «Мониторинг общественного мнения», «Социс», «Социология медицины» с 2007 по 2016 г.) позволил выделить наиболее часто встречающиеся нарушения с лекарствами: чаще неодобрение людей вызывает именно отсутствие лекарственных препаратов в аптеках (31% публикаций); на втором месте — рост цен на

⁸ Здравоохранение в минусе // Газета.ру. — Официальный сайт. — URL: <http://www.gazeta.ru/business/2015/11/16/7895693.shtml> (дата обращения: 03.02.2016).

⁹ Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов // ВЦИОМ. — Официальный сайт. — URL: http://wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2015/2015-09-02-zdravoohranenie.pdf (дата обращения: 31.01.2016).

¹⁰ Там же.

¹¹ Специальный доклад уполномоченного по правам человека в Саратовской области: Проблемы жителей сельских поселений муниципальных районов Саратовской области // URL: <http://saratov.gov.ru/government/organs/ombudsman/docs/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4.pdf> (дата обращения: 04.11.2015).

¹² Гуманитарные технологии и развитие человека экспертно-аналитический портал / Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение. — Официальный сайт URL: <http://data.worldbank.org/> (дата обращения: 04.11.2015).

¹³ Здравоохранение в минусе // Газета.ру. — Официальный сайт. — URL: <http://www.gazeta.ru/business/2015/11/16/7895693.shtml> (дата обращения: 03.02.2016).

¹⁴ Айболит под надзором. Каждая вторая медицинская организация нарушает закон // Российская газета. — Официальный сайт. — URL: <http://www.rg.ru/2015/08/11/murashko.html> (дата обращения: 04.11.2015).

¹⁵ Активисты ОНФ проверили аптеки Томска на наличие препаратов для лечения и профилактики гриппа // ОНФ. — Официальный сайт. — URL: <http://onf.ru/2016/02/11/aktivisty-onf-proverili-apteki-tomska-na-nalichie-preparatov-dlya-lecheniya-i/> (дата обращения: 26.02.2016).

лекарства (25,5%); на третьем — отказы в выдаче льготных рецептов со стороны медиков (15%); на четвертом — предложения врачей купить льготные лекарства пациентам за свой счет (13,7%); на пятом — использование просроченных лекарств (7%).

При этом не совершенен и требует оптимизации механизм определения перечня и выдачи тех лекарств, которые отпускаются строго по рецепту врача, так как его введение, с одной стороны, усложнило жизнь социально-активных и ответственных людей (им приходится каждый раз обращаться к врачу за известными им и необходимыми лекарствами), а с другой — он не успевает реагировать на находчивых пациентов, так как существует ряд лекарств, которые могут нанести серьезный урон здоровью, но они не попали в этот список и фармацевты отпускают их без рецепта. Например, глазные капли «Тропикамид» активно практикуются наркоманами в качестве замены героина. Результат — организм претерпевает необратимые изменения буквально в первые месяцы приема¹⁶.

Остросоциальной проблемой, требующей консолидации мероприятий на уровне совместных действий Федеральной миграционной службы и Министерства здравоохранения РФ остается возрастающая внешняя миграция и отсутствие государственной службы, которая вела бы учет заболеваемости мигрантов. Мигранты потенциально являются источником распространения ряда серьезных заболеваний. Например, в 2009 г. среди мигрантов было выявлено 918 ВИЧ-инфицированных [3, с. 48–51]. В связи с этим здоровье общества и его социально-демографическое развитие подвергаются существенному риску.

Сегодня здравоохранение вышло на путь стремительной коммерциализации. Подтверждением этому может служить постановление Правительства

РФ от 4.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». На наш взгляд, данный документ можно считать несовершенным, поскольку появившаяся возможность предоставления платных и бесплатных услуг «под одной крышей» может привести к вытеснению пациентов из сферы безвозмездного здравоохранения. Невозможно оказывать платные услуги в госучреждениях при тотальном дефиците медицинских кадров и нехватке профессионального медицинского оборудования. Кроме того, в законе нет информации относительно стоимости услуг и четко не прописана процедура контроля качества оказания платных медицинских услуг. По данным Левада-центр, лишь 2% респондентов убеждены, что возможность получить в случае необходимости хорошее медицинское обслуживание не является для них проблемой, а 70% — абсолютное большинство — сомневаются в этой возможности¹⁷.

В заключение хотелось бы отметить, что охрана здоровья граждан является государственной задачей в рамках реализации социальной политики — это закреплено в ст. 7 Конституции Российской Федерации. Однако состояние сферы здравоохранения находится в состоянии глубокого кризиса и нуждается в принятии мер по оптимизации, чтобы избежать таких последствий как рост заболеваемости, смертности и сокращение численности населения. Обеспечить достойный уровень жизни и качественное медицинское обслуживание необходимо путем поощрения индивидуальной ответственности индивида за здоровье, с одной стороны, и повышением эффективности социально-экономической политики и ответственности государства, с другой стороны.

¹⁶ «Тропик» Отрадного // Русский репортер. — Официальный сайт. — URL: <http://rusrep.ru/article/2013/01/25/drug/> (дата обращения: 02.02.2016).

¹⁷ Болеешь — плати // Российская газета. — Официальный сайт. — URL: <http://www.rg.ru/2015/11/26/skoraya.html> (дата обращения: 31.01.2016).

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева Л.А. Социальная стратификация и бедность в регионах России [Текст] / Л.А. Беляева // СОЦИС. 2007. № 5. С. 52.
2. Букалерева Л.А. Детерминация коррупционных преступлений в сфере здравоохранения [Текст] / Л.А. Букалерева, А.В. Полукаров // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2013. № 4. С. 94–103.
3. Ивахненко Г.А. Здоровье трудовых мигрантов в России [Текст] / Г.А. Ивахненко // Социология медицины. 2013. № 2. С. 48–51.
4. Калабеков И.Г. СССР и страны мира в цифрах. Справочное издание [Текст] / И.Г. Калабеков. М., 2014. С. 162.

REFERENCES

1. Belyaeva L.A. Sotsial'naya stratifikatsiya i bednost' v regionakh Rossii [Social stratification and poverty in Russian regions]. *SOTSIS [SOCIS]*, 2007, I. 5. P. 52. (in Russian)
2. Bukalereva L.A., Polukarov A.V. Determinatsiya korruptsionnykh prestupleniy v sfere zdravookhraneniya [Determination of corruption crimes in the sphere of health]. *Kriminologicheskii zhurnal Baykal'skogo gosudarstvennogo universiteta ekonomiki i prava* [Criminology magazine of Baikal State University of Economics and Law], 2013, I. 4, pp. 94–103. (in Russian)
3. Ivakhnenko G.A. Zdorov'e trudovykh migrantov v Rossii [Health of migrant workers in Russia]. *Sotsiologiya meditsiny* [Medicine Sociology], 2013, I. 2, pp. 48–51.
4. Kalabekov I.G. *SSSR i strany mira v tsifrakh* [The USSR and the countries of the world in figures]. Moscow, 2014. P. 162. (in Russian)