

Юкиш В.Ф. ©

Доцент, кандидат экономических наук, кафедра экономических теорий,
Московский автомобильно-дорожный государственный технический университет

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ДАННОЙ СФЕРЫ ЭКОНОМИКИ

Аннотация

Выделены актуальные экономические проблемы медицинского обслуживания населения России. Обобщены государственные меры, предпринимаемые в области развития здравоохранения, фармацевтической и медицинской промышленности. Сформулированы предложения по дальнейшему реформированию экономики здравоохранения России.

Ключевые слова: экономика здравоохранения, фармацевтическая и медицинская промышленность, проблемы, предложения.

Keywords: health economics, pharmaceutical and medical industry, problems, suggestions.

Уровень оказания медицинской помощи в России в значительной мере отстает от экономически развитых стран мира. Поэтому Российская Федерация поставила перед собой одну из важнейших социальных целей - в ближайшие годы существенно сократить имеющийся разрыв в данной сфере экономики. Для выполнения поставленной цели в настоящее время приняты и реализуются две государственные программы РФ на 2013-2020 гг. в области здравоохранения - «Развитие здравоохранения» [2] и «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» [3]. Данные программы разработаны в соответствии с Перечнем государственных программ Российской Федерации, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 11.11.2010 № 1950-р [1].

Обобщим основные позиции данных программ.

Обе программы нацелены на обеспечение доступности медицинской помощи, повышение эффективности медицинских услуг и поднятие их уровня до современных достижений медицинской науки. Спектр решаемых задач достаточно широк: профилактика заболеваний на основе развития первичной медико-санитарной помощи; совершенствование специализированной скорой помощи; развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, включая персонализированную медицину. Большое внимание уделяется охране здоровья матери и ребенка, развитию медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, оказанию паллиативной помощи.

Успешная реализация программ позволит к 2020 г. снизить смертность до 11,4 случаев (- 15,6%), в т.ч. материнскую смертность до 15,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми (- 4,3%), а младенческую смертность до 6,4 случаев на 1000 родившихся живыми (- 13,5%).

Предполагается снизить смертность от болезней системы кровообращения до 622,4 случаев на 100 тыс. населения (- 17,3%), новообразований - до 190 случаев (- 7,1%), от дорожно-транспортных происшествий до 10 случаев (- 25,9%).

Уровень заболеваемости туберкулезом должна быть снижена более чем наполовину.

Особое внимание в программах уделяется таким отрицательным воздействиям на организм человека, как потребление алкоголя и табака. Сейчас в России потребляется 14,5 л алкогольной продукции на человека в год (в пересчете на абсолютный алкоголь), курят табак 39,1% взрослого населения и 27% - детей и подростков. Предполагается к 2020 г. существенно снизить эти показатели: по алкогольной продукции до 10 л на человека в год, а по распространенности табакокурения среди взрослого населения до 25%, среди детей и подростков - до 15%.

Значительная часть мероприятий программ направлена на кадровую политику в здравоохранении. Предполагается изменить обеспеченность врачами до 44,8 чел. на 10 тыс. населения, уменьшив показатель на 12,5%, но повысив эффективность использования наиболее квалифицированных медицинских работников в русле тенденций экономически развитых стран. Намечено довести соотношение врачей и среднего медицинского персонала до 1: 3, оставив врачам выполнять самую сложную профессиональную работу.

Средняя заработная плата врачей и других работников здравоохранения с высшим образованием, предоставляющих медицинские услуги, должна повыситься до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе, а среднего и младшего медицинского персонала – до 100% от среднерегионального уровня. Получат дальнейшее развитие другие меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников: предоставление жилья и жилищных субсидий, земельных участков, субсидирование процентной ставки по ипотечному кредиту.

Одновременно будет создана и внедрена система аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов.

В результате всех мероприятий программ предполагается увеличить ожидаемую продолжительность жизни при рождении в России до 74,3 лет (рост на 4,5 года).

В России низкий уровень государственного финансирования здравоохранения – всего 3,2–3,5% от ВВП. Это в 2-3 раза ниже, чем в странах ЕС и в 4 раза меньше, чем в США. Предполагается уменьшить это отставание России и довести к 2020 г. объем государственного финансирования здравоохранения до 4,7% от ВВП. Совокупные расходы на здравоохранение вырастут до 5,9% от ВВП.

Стратегической государственной политикой России является мощная финансовая поддержка отечественной фармацевтической и медицинской промышленности в начальный период их технологической и инновационной трансформации. Впоследствии отечественные предприятия данных отраслей, достигнув современного уровня развития, смогут успешно функционировать без государственного финансирования.

Остановимся подробнее на некоторых мероприятиях.

Разработка стандартов оказания услуг и технического оснащения в системе первичной медико-санитарной помощи должна обеспечить эти медицинские учреждения необходимым финансированием в рамках обязательного медицинского страхования. С 2015 г. система обязательного медицинского страхования будет охватывать высокотехнологичные медицинские услуги. Кроме того, предусматриваются разработка стандартов маршрутизации потока пациентов и формирование показателей качества медицинских услуг.

Предполагается развивать технологии медицинского обслуживания, замещающие традиционные стационары, например стационары только дневного пребывания или на дому. Современные методы диагностики позволяют широко использовать амбулаторно-поликлинические формы обследования. Новые технологии позволяют оказывать экстренную квалифицированную медицинскую помощь в дистанционном режиме.

Современные информационные технологии, телемедицина (удаленные скрининг-консультации) позволяют широко применять в диагностике и лечении прогностические методы, основанные на моделировании процессов. Информационные системы облегчат расчет полной стоимости медицинских услуг, включая медицинскую помощь и ее лекарственное обеспечение. Такие системы помогут определить потребность в медицинских и фармацевтических кадрах соответствующего профиля, спрогнозировать эпидемиологическую ситуацию. Новые информационные технологии смогут обеспечить непрерывное профессиональное образование медицинских работников в дистанционном режиме, с минимальным отрывом от основной работы.

Расширение сети перинатальных центров будет способствовать снижению показателей материнской и младенческой смертности. Как известно, смертность новорожденных составляет 55-70% от младенческой и 40% от смертности детей до 5 лет. После массового ввода в эксплуатацию перинатальных центров в России (в 2010-2011 гг.) материнская смертность снизилась на 26,4%, а младенческая – на 8,6%. Благодаря этим центрам Российская Федерация с

2012 г. перешла на международные критерии регистрации рождений (ВОЗ), начиная с массы тела 500 г.

В развитых странах перинатальные центры создаются по нормативу один центр на один миллион человек населения (в государствах с высокой плотностью расселения) или один центр на 500 тыс. чел. населения (в государствах с низкой плотностью расселения).

Повышается роль медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения населения, тем более что Россия славится разнообразными природными лечебными ресурсами. В настоящее время медицинской реабилитацией охвачена лишь половина нуждающихся детей. Это увеличивает загруженность стационарного коечного фонда.

Ставится задача развить отделения паллиативной помощи или создать дополнительную сеть хосписов. Это позволит на 15% снизить нагрузку на дорогостоящие больничные койки, связанные с оказанием интенсивной реанимационной помощи.

Для реализации высоких стандартов медицинского обслуживания на территории всей страны предполагается создать крупные межрегиональные специализированные центры из расчета 30 коек на 600 тыс. населения.

Намечено усилить международное сотрудничество в области здравоохранения. Такое сотрудничество целесообразно осуществлять в двух основных направлениях: со странами-технологическими лидерами для приобретения необходимых компетенций и с развивающимися странами в части предоставления им медицинских услуг.

В дальнейшем частная медицина также будет интенсивно развиваться. При этом тренд ее развития будет проходить по линии увеличения числа небольших организаций. В основном это будут учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную и санаторно-курортную помощь. Подобные учреждения не требуют больших инвестиций и сверхвысокой квалификации медицинского персонала. Одновременно в государственных программах предполагается усилить над частной медициной контрольно-надзорные функции в отношении качества предоставленной медицинской помощи, используя независимую медицинскую экспертизу и информацию общественности.

Предусматривается модернизация системы обязательного медицинского страхования. Страховые взносы работающего населения предполагается осуществлять по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей. Для неработающего населения субъекты РФ также должны обеспечить единые требования к определению размера взносов. Будет осуществлен переход к оплате медицинской помощи с учетом ее объемов и качества. Страховые медицинские организации и учреждения, оказывающие услуги здравоохранения, станут действовать в условиях конкуренции. В рамках обязательного медицинского страхования граждане смогут выбирать как страховую компанию, так и лечебное учреждение разной формы собственности. Информация о соответствующих страховых компаниях и лечебных учреждениях (включенных в реестр) будет размещаться на официальном сайте в сети Интернет. Свобода выбора распространится также на конкретного врача на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Оценка деятельности руководителей исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований будет основана на демографических показателях и состоянии здоровья жителей.

Особое внимание в стране уделяется созданию инновационной фармацевтической и медицинской промышленности мирового уровня. В настоящее время внутренний спрос удовлетворяется в основном за счет импортной продукции или импортного сырья. Импортные лекарственные препараты составляют более 3/4 российского рынка. Даже по перечням стратегически значимых лекарственных средств и жизненно необходимых лекарственных препаратов, отечественные производители закрывали всего 63% наименований лекарств. Это не может обеспечить безопасность РФ. Кроме того, препараты, которые в основном производятся в России, характеризуются низкой добавленной стоимостью, в отличие от импортной продукции. Поэтому российские производители тратят на исследования и разработки всего 1-2% выручки, в то время как крупнейшие производители США и Западной Европы выделяют на эти цели около

10-14% выручки. За счет этих инвестиций данные компании формируют 1/3 своих продуктов инновационными препаратами и тем самым получают инновационную прибыль.

Вместе с тем, российский рынок лекарственных препаратов имеет огромный потенциал развития. Это связано, в частности, и с тем, что пока в России потребляется лекарственных препаратов на душу населения в 2,5-3 раза меньше, чем в Европе.

Аналогичная ситуация сложилась в России в отношении медицинской промышленности, где производится рентгеновская и наркозно-дыхательная аппаратура, приборы для диагностики и физиотерапии и т.п. Доля импортных медицинских изделий составляет примерно 82% соответствующего внутреннего рынка. В России на данном рынке нет крупных компаний, имеющих ресурсы для модернизации и выхода на внешние рынки. При этом российские компании, производящие медицинские изделия, нацелены на инновационную продукцию в большей степени (их 25,5% в общем количестве), чем в среднем по промышленности (9,4%). Но подавляющая часть отечественных технологически сложных медицинских изделий значительно уступает зарубежным аналогам. Отставание России в этой области экономики от развитых стран особенно большое.

По оценкам экспертов, в перспективе Россия сможет обеспечить 60% всего ассортиментного ряда медицинских изделий на внутреннем рынке за счет отечественных производителей. Данный прогноз может стать реалистичным, если российские производители будут сотрудничать с иностранными компаниями и широко использовать зарубежный опыт. Особое внимание отечественные производители должны направить на современные маркетинговые технологии, возможности снижения себестоимости и цен.

Государственной программой РФ «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 гг. [3] намечены впечатляющие рубежи. К 2020 г. доля высокотехнологичной и наукоемкой продукции в общем объеме производства фармацевтической и медицинской промышленности должна увеличиться в 7 раз по сравнению с 2011 г. Доля лекарственных средств отечественного производства должна вырасти до половины, а медицинских изделий – до 40%. Намечено, что половина отечественных производителей указанных отраслей промышленности будет осуществлять технологические инновации. Прогнозируется, что к 2020 г. в РФ около 30% всех лекарственных препаратов будет производиться на основе биотехнологий.

Экспорт продукции отечественной фармацевтической и медицинской промышленности должен возрасти в 7 раз по сравнению с 2011 г.

Ускоренное развитие фармацевтической промышленности должно обеспечить к 2020 г. рост ее доли в ВВП страны в 2 раза. Доля модернизированной медицинской промышленности в ВВП должна возрасти в 2,5 раза.

Модернизация российской фармацевтической и медицинской промышленности будет происходить по трем основным направлениям:

- технологическое, техническое, информационное и научное обеспечение производства;
- формирование кадрового потенциала для развития указанных отраслей;
- производство собственной инновационной и импортозамещающей продукции.

Тем самым будут соединены наука, образование и бизнес.

К числу основных групп инновационных биопрепаратов относятся белки, вакцины, моноклональные антитела. Современные медицинские изделия включают оборудование для молекулярно-генетической диагностики, биосовместимые материалы, высокочувствительные биосенсоры и биочипы для проведения диагностических тестов и др.

Ускоренное развитие получают персонифицированные и дистанционные медицинские услуги. Это означает, что пациент сможет получить диагностику на молекулярном уровне с подключением геновых, клеточных и биологических технологий. Появится возможность проводить индивидуальные профилактические и лечебные мероприятия, что значительно повысит эффективность экономики здравоохранения. По экспертным оценкам, ведущие фармацевтические компании 12-50% исследований проводят в области персонализированной медицины, учитывающей особенности каждого пациента.

В перспективе в России будут созданы федеральные реестры и регистры, нормативно-справочные базы данных, электронные медицинские карты пациентов для оказания персонифицированных медицинских услуг.

Получит развитие телемедицина, которая будет использоваться для взаимосвязи между врачами, пациентами, исследовательскими лабораториями, аптеками, дистрибьютерами и производителями лекарственных средств и расходных материалов. Появится возможность в дистанционном режиме проводить консультации, обучение и повышение квалификации медицинских работников.

Должна получить развитие ядерная медицина, направленная на диагностику и лечение онкологических, кардиологических, неврологических, эндокринологических и других заболеваний. Расширение рынка радиофармпрепаратов в России положительно отразится на их себестоимости и ценах.

Наряду с собственными инновационными продуктами развитие российской фармацевтической и медицинской промышленности может осуществляться за счет активного замещения импорта воспроизведенными лекарственными и медицинскими средствами. Предполагается, что к 2020 г. отечественными аналогами будет замещено 90% препаратов из перечня стратегически значимых и жизненно необходимых лекарственных средств. Увеличение объемов производства отечественных лекарственных и медицинских средств приведет к снижению их себестоимости и цен. По прогнозам, цены могут снизиться на 30 и более процентов. Последнее обстоятельство позволит увеличить государственные закупки медицинских средств для госпитального сектора рынка и уменьшить валютные риски. Одновременно снизится зависимость от зарубежного сырья.

Чтобы достичь намеченных рубежей, предстоит повысить уровень организационно-экономической работы в области внедрения в практику результатов исследований и разработок. Для этого должны быть задействованы такие формы, как государственно-частное партнерство, формирование региональных программ по созданию производственно-технологической базы. Предполагается развивать совместное финансирование НИОКР, осуществлять адресное финансирование капитальных инвестиций за счет средств федерального бюджета. Предусматриваются меры по поддержке международного сотрудничества, что будет способствовать притоку иностранных инвестиций. Будут предоставляться налоговые и таможенные льготы организациям фармацевтической и медицинской промышленности, разрабатывающим и производящим инновационные продукты. При государственных закупках лекарственных средств и медицинских изделий приоритет будет отдан отечественным производителям.

Реализация намеченного позволит обеспечить высокие стандарты жизни граждан РФ и безопасность страны, будет способствовать росту национальной экономики. В ее структуре возрастет доля продукции с высокой добавленной стоимостью, будут созданы дополнительные рабочие места высококвалифицированного труда.

Однако вступление России во Всемирную торговую организацию в 2012 г. вносит определенные риски в реализацию государственной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 гг. Это связано с тем, что могут быть ограничены возможности реализации программы из-за запрета импортозамещающей поддержки отечественных производителей.

Как видим, в государственных программах по здравоохранению заложен высокий импульс качественного прорыва в сфере охраны здоровья населения России. Тем не менее, остался без внимания ряд актуальных проблем в данной отрасли экономики.

В данной статье постараемся сформулировать их и предложить направления решения.

Одной из основных проблем является недоступность медицинской помощи. И это относится не только к сельской местности. Даже в московских поликлиниках наблюдаются большие очереди к районным терапевтам, не говоря уже о врачах-специалистах узкого профиля. Записаться к ним не только сложно (сейчас это можно сделать в основном через терапевтов), но еще в ожидании приема пациент вынужден отсидеть в живой очереди продолжительное время, даже в острых случаях.

Низкое качество и зачастую недоступность бесплатного здравоохранения вынуждают население обращаться к платному медицинскому обслуживанию. Но при этом обязательное медицинское страхование не отменяется. В результате граждане осуществляют страховые взносы, но часто получают медицинскую помощь на платной основе. Тем самым нарушается социальная справедливость. Выходит, что здравоохранение в России ориентируется на богатых граждан. Но к бедному населению в стране относятся также квалифицированные работники бюджетной сферы. Особенно несправедлива такая ситуация по отношению к детям из бедных семей.

Одновременно некоторые привилегированные категории граждан получают достаточно качественную медицинскую помощь в ведомственных лечебных учреждениях.

Следует заметить, что в РФ количество врачей на одного жителя превышает показатель передовых стран. Однако результаты медицинского обслуживания в России значительно уступают этим странам. Выход из создавшейся ситуации возможен на основе повышения эффективности использования медицинского персонала и особенно квалифицированных врачей.

Решение перечисленных проблем возможно, если широко внедрить в практику медицинского обслуживания новые технологии.

В первую очередь, все медицинские карты пациентов следует перевести в электронный формат. Часто используемые записи и рецепты лекарственных средств должны вводиться на основе заранее сформированных шаблонов. Рецепты могут печататься на принтере и иметь факсимильную подпись врача.

Местная аптечная сеть также может иметь электронные базы данных с информацией о выписанных рецептах по медицинским учреждениям, с указанием фамилии, имени и отчества врача и пациента. Кроме того, аптеки формируют базы данных об отпуске лекарственных средств и медицинских изделий, включая персонифицированный формат. Тем самым усиливаются и контрольные функции, позволяющие снизить вероятность ошибок в медицинском обслуживании.

Следовало бы создать в районных поликлиниках дежурные пункты (посты) врачей-терапевтов для консультаций по интернету граждан, прикрепленных по месту жительства к данному лечебному учреждению. Дежурный врач-консультант должен иметь в своем распоряжении все медицинские карты пациентов поликлиники в электронной базе данных. Можно наладить электронную взаимосвязь пациента с конкретным лечащим врачом напрямую или через дежурного врача. По интернету пациент передает симптомы заболевания и получает медицинские рекомендации, включая рецепты лекарственных средств с факсимильной подписью врача. Результаты консультаций записываются в электронную медицинскую карту пациента.

Идентификация пациента может проводиться распространенными методами – с помощью адреса электронной почты и номера телефона, логина и пароля, кода и т.п. При отсутствии интернета такие консультации можно организовать по телефону.

Преимущество предлагаемой формы медицинского обслуживания будет особенно заметно в экстренных случаях при оказании первой медицинской помощи или когда больному не требуется оформлять лист временной нетрудоспособности и проходить специальное медицинское обследование из-за распространенности симптомов, например, ОРВИ. Ведь у врача-консультанта всегда под рукой есть электронная медицинская карта каждого пациента, чтобы учесть противопоказания.

Проблему нехватки врачей-специалистов узкого профиля можно решить, создав региональные, межрегиональные и централизованные специализированные консультационные службы (посты) в режиме онлайн. По мере надобности врачи первичного медицинского звена могут направлять электронные медицинские карты пациентов в специализированные консультационные центры. Можно предусмотреть вариант, при котором пациент напрямую консультируется у врача специализированного центра, предоставив ему свою электронную медицинскую карту. Эти личные карты или их части (выписки) при определенных правилах могут быть доступны пациентам. В результате такого обслуживания может быть сформирован

дальнейший маршрут больного: личное посещение специалиста для уточнения диагноза и лечения или проведение дистанционного лечения, например, хронических больных. При этом рекомендуется схема лечения, включающая лабораторные анализы, диагностические исследования с использованием специализированного медицинского оборудования, физиотерапевтические и другие процедуры.

Предлагаемые меры смогут обеспечить повсеместную доступность медицинского обслуживания с высоким качеством. Они позволят оптимизировать труд медицинского персонала. Широкое использование современных информационных технологий делает возможным оказание медицинских услуг в дистанционном режиме. Актуальной становится телемедицина.

Информационные технологии могут широко использоваться для анализа и прогнозирования заболеваемости. Эти технологии могут применяться при выработке эффективных методов лечения на основе современной базы знаний, включая биомедицинские технологии (клеточные, биоинформационные, биоинженерные).

Электронные формы ведения документации, помимо всего прочего, позволяют лучше осуществлять контрольные функции в здравоохранении, включая контроль качества медицинской деятельности. Можно разработать алгоритмы автоматизированной обработки информации для управления здравоохранением.

Повышение эффективности использования медицинского персонала невозможно без усиления профилактической работы в области здравоохранения. До недавнего времени в России обязательной диспансеризацией были охвачены лишь дети, подростки, учащаяся молодежь и работники предприятий с особыми условиями производства и проживания. Однако не были охвачены обязательной диспансеризацией граждане страны предпенсионного и пенсионного возраста, имеющие повышенный риск заболеваемости с тяжелыми последствиями. Вместе с тем, выявление патологий на ранних стадиях заболевания позволяет проводить успешное лечение. Положительный опыт такой профилактической работы имеется в странах Западной Европы.

Отрадно заметить, что с 2013 г. Россия перешла на всеобщую диспансеризацию населения по месту жительства. Механизм диспансеризации отработывался в Московской области. Диспансеризация будет проводиться постоянно, но поочередно для определенных возрастных групп, с периодичностью один раз в 3 года. Следовательно, ежегодно ее будет проходить 1/3 населения страны. Выделенная возрастная группа может проходить обследование в течение календарного года. Как показал опыт, такую диспансеризацию в среднем проходит 5-7 человек в день [4]. Это не создает очередей и лишь незначительно увеличивает нагрузку на медицинский персонал.

Кроме того, в регионах закупаются мобильные комплексы для диспансеризации населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах. Эти же комплексы могут использоваться при диспансеризации работников крупных и средних хозяйственных субъектов.

В дальнейшем предполагается включить диспансеризацию в критерии оценки деятельности медучреждения и учитывать ее при оплате труда медицинских работников. При этом необходимо добиться главного, чтобы диспансеризация не носила поверхностный, формальный характер.

Профилактическая работа с населением в перспективе позволит снизить нагрузку медицинского персонала и повысить общую эффективность функционирования системы здравоохранения.

Остановимся еще на одной социальной проблеме, которая приводила к повышенной заболеваемости и смертности населения России. Это действовавшая в стране практика оплаты листов временной нетрудоспособности.

В последние 10 лет получали все большее распространение формы оплаты труда, включающие базовую часть выплаты (минимальный уровень) и надбавки по результатам труда. Данные формы оплаты труда широко применяются, например, в учреждениях образования. Конечно, это прогрессивные формы материального вознаграждения работников. Но в выплатах

по листам временной нетрудоспособности до 2012 г. учитывалась только базовая часть заработной платы. Она у наиболее квалифицированных и успешных работников с высоким рейтинговым статусом составляет незначительную долю, всего 1/4-1/3 совокупного дохода специалиста. В случае временного заболевания работнику начислялось пособие, исходя только из установленной минимальной суммы заработка. Высокие цены лекарств и необходимость коммунальных платежей приводили к тому, что страховая выплата больному практически полностью уходила на лечение и обязательные платежи. А если заболевший человек имел на иждивении детей и других членов семьи, то страховая выплата не обеспечивала ему даже полноценное питание во время болезни.

Отмеченные обстоятельства приводили к тому, что многие заболевшие работники продолжали трудиться, а лечились самостоятельно. При этом немалая их часть пользовалась либо прежними, нередко устаревшими, рекомендациями врачей в подобных случаях, либо советами знакомых. В результате распространялись инфекционные заболевания, увеличивалось количество осложнений. Провоцировался общий рост заболеваемости, возрастала тяжесть протекания болезни, увеличивалась смертность населения.

В настоящее время ситуация существенно выправилась. Изменения в порядке расчета больничных листов произошли с 2012 года. Теперь за расчетный период берутся два календарных года, которые предшествуют болезни работника. Для определения среднего заработка принимается вся начисленная работнику сумма:

- ежемесячные премии и вознаграждения, выплачиваемые вместе с заработной платой данного месяца;

- премии и вознаграждения по итогам работы за квартал, год, единовременные вознаграждения за выслугу лет, иные вознаграждения по итогам работы за год, единовременные премии за особо важное задание.

Однако следует учитывать, что трудовой и страховой стаж являются разными понятиями. Страховой стаж – это период времени, когда перечислялись средства на страховой счет сотрудника в Фонд социального страхования (ФСС) РФ. Но это зависит от работодателя. Поэтому в частном секторе социальных гарантий может быть меньше. Работник нередко вынужден соглашаться с так называемой «серой» заработной платой, которая полностью не учитывается при выплатах по листу временной нетрудоспособности. Если работник тяжело заболел, то под разными предложениями его вовсе могут уволить.

Несправедливость сохраняется и в некоторых других случаях. Более высокая заработная плата работника текущего периода не отражается в размере пособия по временной нетрудоспособности. Кроме того, в России «не выгодно» болеть высокооплачиваемым работникам, т.к. установлен потолок среднего заработка работника при расчете пособий по болезни. Например, в 2014 г. это 1479,45 руб.

В РФ предполагается постепенно перейти на электронные больничные листы, что можно оценить только с положительной стороны.

Выделим еще две проблемы. Программы подготовки специалистов в медицинских вузах быстро устаревают. Поэтому обучение в данных учебных заведениях должно быть основано на постоянно обновляемых электронных базах данных и знаний.

В сфере науки, включая медицину, наблюдается острый дефицит квалифицированного менеджмента. В этой связи должны быть предусмотрены государственные меры материальной поддержки инновационной деятельности, включая финансирование и налоговые льготы. Однако такую поддержку необходимо связать с конкретными количественными результатами инновационной деятельности, ее эффективностью.

Как видим, перед Россией стоят непростые, но благородные задачи модернизации здравоохранения, требующие компетентного решения. Реализация поставленных целей позволит существенно поднять уровень качества жизни населения, повысить его трудовой потенциал, и тем самым будет способствовать ускоренному социально-экономическому развитию страны.

Литература

1. Перечень государственных программ Российской Федерации (утвержден распоряжением Правительства РФ от 11.11.2010 № 1950-р) [электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.bestpravo.ru/federalnoje/ea-akty/t3a.htm>, свободный. - Загл. с экрана.
1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/01/30/1686-gosudarstvennaya-programma-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii>, свободный. - Загл. с экрана.
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» [электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.gosprogrammy.gov.ru/Main/ClientBin/Passports/20/Государственная программа 20.pdf](http://www.gosprogrammy.gov.ru/Main/ClientBin/Passports/20/Государственная%20программа%20.pdf), свободный. - Загл. с экрана.
3. «Призываем всех обследоваться». Эксперт о кампании диспансеризации в России (интервью с директором департамента Минздрава России Алексеем Андреевым в газете «Аргументы и факты») [электронный ресурс]. - Режим доступа: www.aif.ru/health/life/46384, свободный. - Загл. с экрана.