

Современное российское общество: политическое, социальное и культурное измерение

РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КАК КРИТЕРИЙ БЛАГОСОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВА

Выскребенцева Антонида Николаевна

E-mail: voskresentseva94@mail.ru

Конечной целью экономического развития любой страны является повышение качества жизни населения, рост благосостояния. Это декларируется, в частности, и Основным Законом РФ. Понятия «уровень жизни», «качество жизни» достаточно широкие и могут трактоваться неоднозначно, тем более сложным вопросом является их количественная оценка.

Разработка обобщающего показателя уровня жизни населения, который в достаточной мере отображал бы наиболее важные черты развития общества и являлся критерием его оптимальности, составляет важную задачу социальной статистики. Существует целый ряд оценочных показателей благосостояния, предусматривающих разные аспекты понятия качества жизни. Одним из них является предложенный в 1990г. специалистами Программы развития ООН индекс человеческого развития - ИЧР (до 2013г. назывался «индекс развития человеческого потенциала»). Индекс рассчитывается как среднеарифметическая сумма значений трех индексов: здоровья и долголетия, образования и дохода (ВВП на душу населения). По данному критерию выделяются 4 группы стран. Первую позицию с показателем 0,955 удерживает Норвегия, возглавляя группу 44 стран с очень высоким ИРЧ. Россия относится к странам с высоким уровнем ИЧР (0,788), занимая 55-е место.

ИЧР в нашей стране особенно «тянет» вниз индекс долголетия. Средняя продолжительность жизни в России (69лет) существенно ниже, чем достигнутый уровень долголетия в таких странах, как Австралия, Германия, Норвегия, США, Япония и др. (81-83 года). Общий коэффициент смертности в России в 1,4 раза выше, чем в странах Западной Европы. На 10 и более процентов общий коэффициент смертности в России выше, чем в развивающихся странах, уровень экономического развития которых в 2-2,5 раза ниже, чем в России. Одна из причин этого явления - низкий уровень здравоохранения в нашей стране.

Неблагополучное состояние этой сферы перерастает в серьезную социальную проблему. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи.

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе остаются в основном только декларациями. Платность медицинских услуг нарастает. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45% от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% — за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% — за стоматологические услуги. Формальные и неформальные платежи особенно обременительны для лиц с низкими доходами. Серьезное заболевание, лечение которого требует больших затрат, разоряет людей, заставляя влезать в большие долги или продавать домашнее имущество. Растущее число больных вынуждено отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств. Бедность в сознании людей все более ассоциируется с неспособностью получить необходимую медицинскую помощь. Наблюдается ограничение доступности медицинской помощи. Люди вынуждены платить за услуги, оказание которых должно быть бесплатным, согласно государственным гарантиям. Пациенты не защищены в сфере платных услуг, потраченные деньги не гарантируют высокое качество лечения. К тому же, платежи населения не идут на развитие здравоохранения, а поддер-

живают лишь участковые службы.

Так же ярко выражены и проблемы качества медицинского обслуживания. Причиной этих проблем является низкое ресурсное обеспечение ЛПУ, низкая заработная плата врачей и медсестёр. В данной ситуации медработники вынуждены набирать дополнительные ставки и дежурства, работая на износ, не думая о качестве оказываемых услуг. Качество медицинского обслуживания существенно снижается также из-за низкого уровня материально - технической базы здравоохранения. Износ основных фондов составляет в среднем 58,5%, в том числе медицинского оборудования — 64%. И, несмотря на глубокие технологические сдвиги, большинство клиник в нашей стране по-прежнему нуждаются в новом, качественном оборудовании.

Одной из главных причин сложившейся ситуации является острейшая нехватка средств. По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения мы существенно отстаем не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы. В России на здравоохранение затрачивается менее 5% ВВП, включая платную медицину. Для сравнения: первичный прием больного в поликлинике областного центра оплачивается страховой компанией в размере 23 руб. 80 коп., вторичный прием — 18 руб. 76 коп. Стоимость койко-дня стационарного лечения составляет 10-15 долл., т. е. ниже стоимости пребывания в любой районной гостинице. Для сравнения отметим, что в Литве этот показатель составляет 45 долл., в западноевропейских странах — 200-300 долл. (причем оплачивается преимущественно государством), в США — от 600 долл. Чтобы поднять здравоохранение до уровня развивающихся стран, примерно с таким же экономическим потенциалом, как Россия, необходимо увеличить расходы на здравоохранение до 7-8% ВВП. А чтобы достичь уровня Западной Европы, эти расходы должны составлять не менее 10% ВВП.

Следует отметить, что с 2006 г. показатели здоровья населения России стали улучшаться, фактором чего можно считать реализацию программы по техническому переоснащению медицины, повышению зарплаты врачей, сокращению смертности. В результате продолжительность жизни с 65 лет увеличилась до 70 и т. д. В основе такого прогресса лежал прирост финансирования: в 2005 - 2008 гг. расходы на здравоохранение выросли почти в 2 раза. Затем темпы несколько замедлились, но и в кризисный 2009 г. финансирование увеличилось на 100 млрд руб., в 2010 г. - на 150 млрд руб., а в 2011 г. - более чем на 200 млрд руб. и в 2012 г. - более чем на 350 млрд руб. при значительном замедлении инфляции. С 2013г. в связи с замедлением экономического роста и трудностями по формированию госбюджета (в частности, отвлечению значительной его части на оборонные цели) доля здравоохранения в ВВП начала сокращаться. И это сразу отразилось на динамике показателей здоровья населения: смертность перестала сокращаться, продолжительность жизни перестала увеличиваться.

Но дело не только в нехватке средств. Малые деньги, которыми располагает наше здравоохранение, используются крайне нерационально. Более того, проблемы эффективности использования ресурсов постоянно обостряются, обесценивая значительную часть дополнительных вложений в здравоохранение.

Проведенный Всемирной организацией здравоохранения анализ показал, что Россия существенно отстает от индустриально развитых стран мира по объему финансирования, но гораздо больше — по конечным показателям результативности деятельности системы здравоохранения. К числу таковых относятся:

- 1) показатели здоровья населения, на которые реально влияет отрасль;

2) рациональность структуры оказания медицинской помощи и способность системы адекватно реагировать на потребности населения — обеспечивать достижение современных стандартов оказания медицинской помощи, приемлемые сроки ожидания плановой помощи и проч.;

3) справедливость распределения средств (уровень социальной защиты наиболее нуждающейся части населения).

Мы предполагаем, что в настоящее время для повышения уровня государственных гарантий необходим ряд обязательных мер: сохранить "пакет" видов бесплатной помощи, конкретизировать гарантии на основе соплатежей населения, соплатежи не должны распространяться на 15-20% населения (незащищённые, наименее обеспеченные слои). Ни при каких обстоятельствах не снижать государственные расходы на здравоохранение, более того, определить норму обязательных отчислений на уровне 7% ВВП.

Необходимо выделить социально незащищённый слой населения и оказывать ему бесплатную медицинскую помощь. Так же, нужно пересмотреть систему индивидуальных отчислений граждан, одновременно, давно наболевшим является вопрос о прогрессивном налогообложении. В условиях резкой дифференциации доходов вполне допустимо введение прогрессивных нормативов отчислений с доходов в ФОМС.

Таким образом, государственные гарантии конкретизируются, что создаст условия для структурирования личных платежей в социально приемлемых формах, в системе появятся новые деньги при уменьшении дифференциации потребления помощи и возникнут более сильные рычаги управляющего воздействия на систему здравоохранения.

Источники и литература

- 1) Аганбегян А. Г. Об альтернативном подходе к финансированию здравоохранения и других отраслей социальной сферы: Деньги и кредит, 2013, № 9.
- 2) Сахарова О.Н. Индекс развития человеческого потенциала: место России в современном мире: Вестник Таганрогского института управления и экономики, 2014, № 1(19).
- 3) www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat. Россия в цифрах.