

МОНИТОРИНГ НАЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2018 г. Е. Румянцева

*РУМЯНЦЕВА Елена Евгеньевна, доктор экономических наук, профессор.
Центр экономической политики и бизнеса, РФ, 105215 Москва, Сиреневый бульвар, 39 (e.p.centre@mail.ru).*

Статья поступила в редакцию 21.05.2017.

Роль здравоохранения в современном обществе тесно связана с целями устойчивого развития, определенными ООН до 2030 г., что влечет за собой изменение приоритетов государственного регулирования этой сферы, основанного на организации открытого для всего общества мониторинга качества оказания медицинской помощи разным категориям граждан. Подчеркнута важность систематизированного мониторинга работы постоянно изменяющихся современных систем здравоохранения как основы корректировки подходов к оказанию медицинской помощи населению.

Ключевые слова: здравоохранение, продолжительность жизни, здоровье, государственное регулирование, международные организации, мониторинг, ВОЗ.

DOI: 10.20542/0131-2227-2018-62-2-92-99

Принято считать, что здоровье человека лишь на одну десятую зависит от медицинской помощи [1; 2; 3]. В настоящее время такой подход нуждается в корректировке в связи с распространением опасных для здоровья товаров и новых инфекций, а также необходимостью соблюдения медицинских предписаний во всех сферах жизни человека — учебе, труде, отдыхе, в быту. Роль здравоохранения, на наш взгляд, в национальном законодательстве необходимо раскрыть в нескольких аспектах: не только через понятие “здоровье”, но и как инструмент достижения целей устойчивого развития.

РОЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСТОЙЧИВОМ РАЗВИТИИ

Качество здравоохранения считается одним из важнейших факторов обеспечения более длительной продолжительности жизни и низкого уровня заболеваемости населения во всех странах мира. И наоборот — нехватка действенной медицинской помощи, даже наряду с правильным питанием и образом жизни людей, напрямую связанная с размерами их доходов и степенью образованности, способствует повышению уровня заболеваемости и снижению показателя ожидаемой продолжительности жизни. Оказание необходимой и своевременной медицинской помощи ведет к сокращению масштабов заболеваемости, особенно во время эпидемий.

Приведем пример из российской практики. В РФ в 2016 г. произошло снижение смертности из-за гриппа в 20 раз. По сравнению с двумя предшествующими сезонами существенно уменьшилось количество

осложненных случаев благодаря вакцинации, когда было привито 56 млн человек, или более 38% населения страны [4].

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), осуществляющей сбор и публикацию статистических данных по более чем тысяче показателей состояния здоровья населения планеты, сделан вывод о том, что практически все сформулированные ООН цели устойчивого развития либо напрямую связаны со здоровьем, либо влияют на политику в сфере здравоохранения [5].

Снижение продолжительности жизни обусловлено не только дефицитом медицинской помощи в беднейших странах мира, но и серьезными недостатками ее оказания в странах с достаточно развитым здравоохранением — не вовремя, неточно и даже ошибочно устанавливаемыми диагнозами, применением устаревших технологий лечения (например, хирургического вмешательства вместо более эффективной терапии), отсутствием нацеленности здравоохранения на выздоровление пациентов, неразвитостью профилактической медицины, нарушением прав граждан (негласной нацеленности на экономию) в порядке предоставления бесплатной медицинской помощи (доступе к диагностическому оборудованию, назначении процедур, выдаче бесплатных лекарств).

НЕДОСТАТКИ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обратимся к практике выборочного выявления недостатков российской системы здравоохранения, рассматриваемых в качестве основания для принятия

со стороны государственных органов власти и общества как неотложных мер, так и мер системного характера. В частности, имеются факты несоблюдения постановления правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 “О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения”. В документе предусмотрено право на бесплатные лекарства по рецептам врачей для всех без исключения детей в возрасте до 3-х лет, а в многодетных семьях — до 6 лет. Но родители о такой возможности экономии на приобретении дорогостоящих сегодня лекарств для детей никак не информируются. В медицинских учреждениях ни лечащие врачи, ни административный персонал сведения им не предоставляют и, соответственно, лекарства не выделяются.

Такая же ситуация наблюдается не только в сфере лекарственного обеспечения семей с маленькими детьми, но и распределения других материальных благ, предоставление которых установлено нормами права, но фактически получить их невозможно. Так, негласно лимитируется количество рецептурных бланков, на которых бесплатные лекарства выписываются [6]. При этом известно также, что в системе предоставления государственной помощи в условиях современной коррупции действуют некие правила премирования за достижения... в области экономии. Отчетные данные о фактическом отпуске лекарств для детей до 3-х лет не обнародуются, как и результаты обследований тех, кто реально получает их по линии учреждений здравоохранения. Остается тайной, какова доля выписанных рецептов “по своим”, если “рядовые” мамы об этом праве не знают, а лекарственные препараты выдаются.

Индикатором проявления коррупции в системе современного российского здравоохранения являются многочисленные случаи нарушений, представленные (как проверенные и неоспоренные данные) в публикациях в СМИ и в официальных сведениях государственных органов власти. Например, Прокуратурой Калининградской области в ходе проведения проверок в марте 2016 г. за непредставление отпуска лекарств для детей до 3-х лет и другие нарушения 10 руководителей лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинские услуги детям, а также три должностных лица регионального Министерства здравоохранения, включая заместителя министра, были привлечены к дисциплинарной ответственности. На виновных лиц были наложены административные штрафы на сумму около 190 тыс. руб. [7].

Исполнение постановления Правительства РФ во многом невозможно без усиления прокурорского, а также общественного контроля, поскольку внутри самой системы здравоохранения контроль неэффективен и приоритет отдается экономии бюджетных средств. В условиях существования многочисленных коррупционных схем управления (а здравоохранение в России на протяжении многих лет входит, по опросам населения, в тройку наиболее коррумпированных сфер) органы власти, к сожалению, не реагируют не только на многочисленные жалобы граждан, но и даже на публикации в центральных СМИ о нарушениях в системе здравоохранения.

Распространенными по всей стране (в условиях негласной нацеленности учреждений здравоохранения на экономию) являются также случаи злоупотреблений должностным положением, связанные с непредоставлением или затягиванием в предоставлении необходимых лекарственных средств. В Москве, например, обезболивающими препаратами обеспечены не более 40% борющихся с раком. Есть регионы, где этот показатель составляет 4% и даже 0%. В относительно благополучном положении находятся онкобольные, у которых есть помощники, способные преодолевать бюрократические барьеры, постоянно опекать больных, погашать дорогостоящие счета при лечении на платной основе.

В России даже появились фирмы-посредники, предлагающие онкобольным услуги по преодолению бюрократических барьеров, а именно за деньги пройти все необходимые процедуры для получения бесплатной медицинской помощи. К проблеме привлекли внимание 11 случаев суицида онкобольных в феврале 2015 г. [8]. Этот пример показывает важность открытого для публичного общественного контроля мониторинга оказания бесплатной и платной медицинской помощи в стране, учета всех видов транзакционных издержек пациентов, сравнения методов лечения в платной и бесплатной медицине в России и других странах.

Региональными органами прокуратуры были выявлены и многие другие нарушения в сфере здравоохранения. В частности, в Амурской области вскрыты факты ненадлежащей организации иммунопрофилактики против гриппа; несоблюдения сроков обеспечения льготных категорий граждан лекарственными средствами (массовое нарушение в масштабах всей страны) и требований обязательных профилактических медосмотров для педагогических работников (в области к дисциплинарной ответственности привлекли 1780 человек, в суд направлено 55 заявлений о госпитализации больных заразными формами туберкулеза для обязательного обследования и лечения) [9]. В Москве отмечены серьезные

недочеты в проведении диспансеризации и вакцинации населения, хранении и учете вакцин, выдаче родовых сертификатов, разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов, госпитализации граждан, страдающих заразной формой туберкулеза [10], а также многочисленные нарушения прав медицинских работников участкового звена на получение дополнительных выплат в полном объеме [11].

В Республике Дагестан выявлены нарушения в периодичности осмотра беременных женщин, при соблюдении правил стерильности, обеспечении больных лекарствами, в области прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации. Региональные нормативы финансовых затрат в республике утверждены в меньшем объеме по сравнению с нормативами, утвержденными Постановлением Правительства РФ [12]. Последствия этих многочисленных нарушений, ущерб от них пока даже не исследуются.

Как отметил в интервью газете “Известия” Генеральный прокурор РФ Ю. Чайка, “социальная сфера, к сожалению, отличается количеством нарушений. Это вопросы обеспечения инвалидов, защиты детей, медицина. Как правило, причин две: чиновничий беспредел и халатное отношение к своим обязанностям” [13].

В то же время в официальных отчетных данных о современном состоянии российского здравоохранения, в структуре расходов медицинских организаций расходы на заработную плату составляют более 80%, а на медикаменты и перевязочные средства, то есть собственно на пациентов, – лишь 1% общих расходов, которые, как следует из анализа реальной практики, распределяются очень субъективно и зависят от настойчивости или личных связей граждан, но не их прав [14].

По нашему мнению, такая структура расходов означает, что речь идет о “бюджете проедания”. Если, как известно, Пенсионный фонд РФ проедает 20% пенсионных отчислений граждан, то бесплатная медицина, судя по затратам на нее, проедает практически весь свой бюджет (99%). Современная система здравоохранения в России бюрократически неполноценна. Чтобы записаться к специалисту, надо побывать у терапевта. При этом не факт, что специалист, к которому нужно адресно попасть, за 7–12 минут приема, нередко увидев пациента в первый раз, установит правильный диагноз и подскажет наиболее эффективную и нетравматичную (без хирургического вмешательства, без серьезных побочных эффектов, возможно, от не очень качественных лекарств) схему лечения. При этом обследования с использованием высокотехнологичного оборудования находятся вне районных поликлиник. Действия многих врачей в них напоминают бюро выдачи справок на приеме

за несколько минут и/или распределение учитываемых диагностических и лечебных процедур с высокой степенью субъективного отношения к тому или иному пациенту. Часто лечение ведется только по личным каналам и то нередко поверхностно. Несмотря на растущие возможности медицинских учреждений, реального лечения зачастую не происходит, даже обследования до конца не доводятся либо в них вообще отказывают. Заявительный порядок обращения за медицинской помощью, по сути, означает самолечение пациентов, которые оценивают свои возможности соблюдения бюрократических заслонов на пути к той или иной процедуре. Проведение же профессионально зрелого курса лечения со стороны медицинского учреждения как системы связанных по времени мер практически отсутствует.

Не рассматриваются показатели оценки эффективности лечения больных и предупреждения болезней, не применяется факторный анализ смертности населения в результате заболеваемости (инсульты и инфаркты, как указывается во многих научных медицинских изданиях, связаны со стрессовой обстановкой или ухудшением психического здоровья населения – законодательно установленное понятие, которое в официальной отчетной документации не фигурирует). Не освещаются вопросы о приписках в системе здравоохранения начиная с 1990-х годов, о коррупции, качестве образовательной деятельности в учебных заведениях медицинского профиля, уровне оказания медпомощи, интеллектуальном обеспечении, в том числе правомерности сложившегося высокого уровня вариативности использования современных научных достижений в лечебной практике. Все еще не работает механизм предоставления гражданам России информации об оказанных им медицинских услугах (отчета об их лечении по полису ОМС), что позволило бы анализировать фактическое состояние с оказанием медицинской помощи населению, ликвидировать приписки несуществующих медицинских услуг и незаконное получение бесплатных лекарств иными лицами по льготам пациентов.

Похожая картина наблюдается и в США, где получила широкое распространение практика прямого обмана людей, начиная с необоснованных отказов в оформлении медицинской страховки и заканчивая негласной экономией на выплатах по ней, а также продажи лекарств по многократно завышенным ценам, установления неверных диагнозов в случае лечения без медицинской страховки. Стремление к получению незаконного заработка, связанного с оказанием, а точнее не оказанием необходимой медицинской помощи людям, привело к тому, что медицинские счета стали главной причиной банкротств множества американских граждан. Именно здравоохранение

привело к обнищанию людей. Такие факты являются основанием для проведения междисциплинарных, более комплексных исследований, раскрытию связи в них качественного (не формализованного чисто бюрократически) уровня развития здравоохранения с реализацией целей устойчивого развития, уровнем бедности в той или иной стране мира.

Попытки реформирования системы здравоохранения проводятся в США с 1965 г., но так и не улучшили положения большого числа американских граждан. До реформы здравоохранения, проведенной администрацией Б. Обамы в 2014 г., около 50 млн жителей США не были охвачены медицинским страхованием [15]. Реформа не только ввела заново медицинскую помощь малообеспеченным гражданам (не всем, а части неохваченных медицинскими услугами по причине их недоступности), но повысила стоимость медицинского страхования застрахованным, часть которых предпочитает платить штраф за отсутствие медицинской страховки в течение года, нежели соглашаться с невыгодным для себя повышением цен на нее. Президент Д. Трамп первым указом ослабил предусмотренные *Obamacare* нормативные требования для госучреждений и подтвердил намерение отменить ее в будущем. Вопрос о перспективах здравоохранения в США и, в частности, его приближения к западноевропейским стандартам охраны здоровья населения остается открытым.

РАНЖИРОВАНИЕ СТРАН ПО КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2010 г. ВОЗ проанализировала зависимость качества медицинского обслуживания пациентов от степени экономического развития стран и благосостояния самих пациентов. Показано, что в системах здравоохранения стран мира в среднем 20–40% и даже более ресурсов расходуется впустую. Их адекватное использование способствовало бы не только увеличению объемов и повышению качества предоставления медицинской помощи населению, но и большей доступности медицины [16, с. x-xi].

Как признано в первом докладе ВОЗ и Группы Всемирного банка “Слежение за прогрессом в обеспечении всеобщего охвата медицинскими услугами”, рассматривающим возможность получения основных медицинских услуг, включая планирование семьи, дородовую помощь, квалифицированную помощь при родах, иммунизацию детей, антивирусную терапию, лечение туберкулеза и доступ к чистой воде и санитарии, низкодоходные категории граждан еще больше “подталкиваются в состояние крайней

нищеты из-за необходимости оплачивать медицинские услуги из собственного кармана” [17].

МВФ отмечает, что разница в продолжительности жизни в странах (сегодня она составляет 38 лет: максимум 83 года в Японии, минимум 45 лет в Сьерра-Леоне) определяется уровнем развития национальных систем здравоохранения. В 25 странах, где средняя продолжительность жизни превышает 80 лет, успех связан именно с высоким уровнем здравоохранения. В 2012 г. самые высокие расходы на него были в Норвегии (9055 долл. на душу населения), самые низкие – 15 долл. в Эритрее. При этом в 16 странах они превышали 4 тыс. долл., а в 28 (в основном, в Африке к югу от Сахары) были менее 50 долл. [18].

В Отчете ОЭСР “Здоровье в цифрах 2015” указано, что в странах ОЭСР на протяжении 1970–2013 гг. продолжался устойчивый рост продолжительности жизни, увеличивающийся в среднем на 3–4 месяца каждый год. Это связывается с качеством и объемами оказания медицинской помощи населению. Улучшение лечения таких опасных для жизни состояний, как инфаркт и инсульт, привело к снижению смертности в большинстве стран ОЭСР. В среднем, смертность после поступления в больницу с инфарктом снизилась примерно на 30% в период с 2003 г. по 2013 г., а с инсультом – примерно на 20%. В большинстве стран ОЭСР благодаря более ранней постановке диагноза и улучшению качества лечения повысился также уровень выживания онкобольных. Например, относительное пятилетнее продление жизни в случае заболевания раком молочной железы и колоректальным раком увеличилось в среднем с 55% у людей с таким диагнозом в период 1998–2003 гг. до более 60% для тех, кому был поставлен этот же диагноз десятью годами позже (2008–2013) [19].

Неравномерность развития систем здравоохранения в разных странах выявляется с помощью рейтингов по таким показателям, как продолжительность жизни, количество здоровых людей в обществе, эффективность оказания медицинской помощи. Страны с максимальной средней продолжительностью жизни обычно невелики по размерам (Монако, Макао и др.), богаты и экономически эффективны. Их население имеет доступ к чистой питьевой воде, хорошие санитарные условия и развитые системы здравоохранения. Люди там сами придерживаются здорового образа жизни, правильного питания и занимаются спортом. Ввиду высокого материального уровня жизни они не подвержены стрессам, что тоже продлевает жизнь [20]. Неудивительно, что Всемирный экономический форум рекомендует правительствам всемерно улучшать национальные стандарты здравоохранения [21]. В соответствии с одними из рейтингов, в 2015 г. самые здоровые люди жили в Катаре,

на втором месте – Норвегия, на третьем – Швейцария, на 8-м месте – Сингапур [22]. В 2016 г., согласно рейтингу *Bloomberg*, первое место заняла Италия, второе – Исландия, третье – Швейцария, Сингапур – четвертое, Австралия – пятое [23].

В другом рейтинге агентства *Bloomberg* произведено ранжирование 55 стран по уровню эффективности систем здравоохранения на основе трех ключевых показателей: средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, государственных затрат на здравоохранение в виде доли ВВП на душу населения и стоимости подушевых медицинских услуг [24]. Этот и подобные рейтинги указывают на важность систематизированного мониторинга здравоохранения и формирования открытых баз данных для своевременного выявления и устранения недостатков в системе оказания медицинских услуг.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

В Преамбуле к Уставу ВОЗ разъяснено, что “здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов, здоровье – это одно из основных прав человека”. С 1948 г. определение не менялось [25].

В Федеральном законе “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” здоровье определено как “состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма”. Установлен приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Гарантированы социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, а также доступность и качество медицинской помощи [26]. Однако полноценный аудит исполнения на практике этого жизненно важного для населения страны закона не проводится, что препятствует определению реального качества и доступности отечественного здравоохранения.

В последних документах ВОЗ указано, что в процесс мониторинга качества национальных систем здравоохранения также должны быть включены показатели, характеризующие состояние психического здоровья нации и факторов, его определяющих [27]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), используемой для кодификации болезней в том числе и в России, нарушения психического развития включают 99 диагнозов. Однако их установление представляет у нас значительную сложность из-за относительной неразвитости этой исторически обособленной от районных поликлиник

сферы медицинских услуг и отсутствия адекватной информации о возможностях лечения¹.

ОЦЕНКА НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оценка качества национальной системы здравоохранения начинается с рассмотрения степени охвата населения медико-санитарными услугами. Экспертами ВОЗ определены показатели, характеризующие удовлетворение пациентов от получаемой медицинской помощи, а также от мер по профилактике болезней, информированию о видах и порядке оказания услуг, а главное – от возможностей излечения от недугов [28]. Кроме того, должны определяться зависимость доступа граждан к качественной медпомощи от уровня их благосостояния, стоимость эффективного лечения. Следует также анализировать качество и стоимость производимых и импортируемых лекарств, медоборудования, а также подготовки специалистов.

К этому следует добавить показатели уровня национальных фундаментальных и прикладных научных исследований сферы здравоохранения². Нужны ответы на такие вопросы, как, кто именно и в каких случаях инициирует обследования и лечение пациентов, какова эффективность государственной финансовой помощи при оказании им медицинских услуг надлежащего качества и в необходимом объеме. Кроме того, должны выявляться случаи административного произвола и коррупции, предлагаться методы противодействия им.

Важным моментом стала бы структуризация количественных показателей по трем разделам: профилактическая медицина, плановое лечение и экстренная медицинская помощь. К сожалению, в современной отечественной практике подготовки официальной отчетности и исследований эти три абсолютно разные системы часто смешиваются, что приводит к ошибкам интерпретации результатов мониторинга³.

¹ Например, человек может родиться с дисграфией и плохо учиться из-за этой особенности. Но система установления подобного диагноза в России отсутствует, и в связи с этим помощь людям своевременно – на всех этапах образования – не оказывается.

² Отсутствие учета качества публикаций и работы по выявлению сомнительных количественных данных публикационной деятельности авторов, в том числе в области проблем современного здравоохранения, проявляет недостаток развития и этого направления исследований.

³ Часто отсутствие медицинской помощи на этапе предупреждения болезней или планового лечения выдается как прогрессивный результат системы экстренной медицины и обобщается до положительных результативных оценок работы всей системы здравоохранения.

Разработка методологии оценок эффективности систем здравоохранения уже много лет проводится в рамках научных исследований⁴. К сожалению, их результаты пока не реализованы в системе мониторинга, которая, предоставляя объективные сведения, учитывала бы интересы не только бюрократии (также

и коррупции), но и миллионов пациентов медицинских учреждений.

* * *

При наблюдающемся сокращении результативности здравоохранения в РФ требуется изменение представлений о его роли в современном социально-экономическом развитии. Назрела необходимость мониторинга качества национальной системы здравоохранения на принципиально ином уровне, с учетом применения современных научных подходов. Необходимо продолжать научные исследования в данном направлении, поскольку их общественную значимость трудно переоценить.

⁴ Например, в 2007 г. в России по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ была разработана «Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации» [29]. В 2016 г. Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения представлена аналогичная работа, связанная с реализацией их научного подхода к оценке эффективности систем здравоохранения [30].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Лисицын Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья. *Медицинская газета*, № 19, 19.03.2010. [Lisitsyn Yu.P. Obraz zhizni kak osnova zdorov'ya. Analiz faktorov riska zaboлеваemosti: problemnaya stat'ya [The Way of Life as Health Basis. Analysis of the Factors Risk of the Incidence: a Problem Article]. *Meditsinskaya gazeta*, № 19, 19.03.2010.]
2. Петленко В.П., Давиденко Д.Н. *Этюды валеологии. Здоровье как человеческая ценность: учебное пособие*. Санкт-Петербург, Издательство Балтийской педагогической академии, 1998. 120 с. [Petlenko V.P., Davidenko D.N. *Etyudy valeologii. Zdorov'e kak chelovecheskaya tsennost': uchebnoe posobie* [Etudes of the Valueology. Health as the Human Value]. Sankt-Peterburg, Izdatel'stvo Baltiiskoi pedagogicheskoi akademii, 1998. 120 p.]
3. Медик В.А., Юрьев В.К. *Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие. Часть 1. Общественное здоровье*. Москва, Медицина, 2003. 368 с. [Medik V.A., Yur'ev V.K. *Kurs leksii po obshchestvennomu zdorov'yu i zdravookhraneniyu: uchebnoe posobie. Chast' 1. Obshchestvennoe zdorov'e*. [Course of Lectures on the Public Health and the Health Care. Part 1. Social Health]. Moscow, Medicine Publ., 2003. 368 p.]
4. Малышева Е. Чудесное исцеление России от гриппа: Минздрав заявил о снижении смертности от гриппа в 20 раз. *Газета.ru*, 16.03.2017. [Malysheva E. Chudesnoe istselenie Rossii ot grippa: Minzdrav zayavil o snizhenii smertnosti ot grippa v 20 raz [A Wonderful Recovery of Russia from Flu: Ministry of Health Declared Decline in Mortality from Flu by 20 Times]. *Gazeta.ru*, 16.03.2017.] Available at: <https://www.gazeta.ru/business/2017/03/16/10578497.shtml> (accessed 21.05.2017).
5. ВОЗ. *Цели устойчивого развития: вопросы здравоохранения*. [WHO. Health in the Sustainable Development Goals (SDGs) (In Russ.)] Available at: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/ru/> (accessed 21.05.2017).
6. Невинная И. Требуйте льготный рецепт. Все дети до 3 лет должны получать лекарства бесплатно. *Российская газета (Неделя)*, № 6286, 23.01.2014. [Nevinnaya I. Trebuite l'gotnyi retsept. Vse deti do 3 let dolzhny poluchat' lekarstva besplatno [Demand the Preferential Recipe. All Children up to 3 Years Have to Receive Drugs Free of Charge]. *Rossiiskaya gazeta (Nedelya)*, № 6286, 23.01.2014.]
7. В Калининграде по требованию прокуратуры 13 руководящих работников в сфере медицины привлечены к дисциплинарной ответственности за нарушения законодательства об охране здоровья детей. *Официальный сайт Генеральной прокуратуры РФ*, 09.03.2016. [13 Executives in the Medicine Sphere are Brought Upon the Demand of Prosecutor's Office in Kaliningrad to the Disciplinary Responsibility for Violations of the Law on Children Health Protection. *Genproc.gov.ru*, 09.03.2016 (In Russ.)] Available at: <https://genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-1062792/> (accessed 21.05.2017).
8. Семенова А. Рецепт на боль. *Газета*, 24.02.2015. [Semenova A. Retsept na bol' [The Recipe for Pain]. *Gazeta*, 24.02.2015.]
9. Гоман Ю. В Приамурье выявили более 700 нарушений закона в сфере здравоохранения. *Комсомольская правда*, 05.07.2014. [Goman Yu. V Priamur'e vyuvavili bolee 700 narushenii zakona v sfere zdravookhraneniya [In Priamurye Region it has been Revealed More Than 700 Law Violations in Health Sector]. *Komsomol'skaya Pravda*, 05.07.2014.] Available at: <http://www.kem.kp.ru/daily/26252.7/3131846/> (accessed 21.05.2017).
10. Прокуратурой г. Москвы выявлены нарушения исполнения законодательства о реализации нацпроектов. [Moscow Prosecutor's Office has Revealed Performance Violations of Legislation on National Projects' Implementation (In Russ.)] Available at: <http://www.genproc.gov.ru/smi/news/genproc/news-62514> (accessed 21.05.2017).
11. Выступление заместителя Генерального прокурора Российской Федерации И.Г. Семчишина на заседании Комитета Совета Федерации по правовым и судебным вопросам. [Speech of the Deputy Prosecutor General of the Russian

- Federation I.G. Semchishin at a Meeting of the Federation Council Committee on the Legal and Judicial Questions (In Russ.) Available at: http://www.genproc.gov.ru/smi/interview_and_appearances/appearances/489/ (accessed 21.05.2017).
12. *Органы прокуратуры республики провели проверку исполнения законодательства в сфере здравоохранения.* [The Republic Prosecutor's Office has carried out an Inspection of the legislation performance in the health sector (In Russ.)] Available at: http://dagproc.ru/index.php?id=32&type=98&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=4004 (accessed 21.05.2017).
 13. Красногородская А. С коллегами из Европы мы говорим на профессиональном языке. *Известия*, 25.04.2017. [Krasnogorodskaya A. S kollegami iz Evropy my govorim na professional'nom yazyke [We Speak with Colleagues from Europe in Professional Language]. *Izvestiya*, 25.04.2017.] Available at: <http://izvestia.ru/news/689894> (accessed 21.05.2017).
 14. *Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год.* [2014 Report on Population Health' State and Healthcare Organization According to the Results Activities of Executive Authorities of the Russian Federation Subjects (In Russ.)] Available at: https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/026/627/original/Doklad_o_sostojanii_zdorovja_naselenija_2014.pdf?1434640648 (accessed 21.05.2017).
 15. Журавлев Л. В США болеть накладно. Как строится страховая медицина в Америке. *Лекарственное обозрение*, № 1–2, 04.02.2015. [Zhuravlev L. V SShA bolet' nakladno. Kak stroitsya strakhovaya meditsina v Amerike. *Lekarstvennoe obozrenie*, № 1–2, 04.02.2015.]
 16. *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Report 2010.* Geneva, WHO, 2010. 106 p.
 17. *New Report Shows that 400 Million Do Not Have Access to Essential Health Services.* Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/ru/> (accessed 21.05.2017).
 18. Блум Д.И. Состояние здравоохранения в мировом масштабе. *Финансы и развитие. Ежеквартальный журнал Международного валютного фонда*, декабрь 2014, вып. 51, № 4, сс. 8–9. [Blum D.I. *Sostoyanie zdavoookhraneniya v mirovom masshtabe* [Shape of Global Health]. *Finansy i razvitie. Ezhekvartal'nyi zhurnal Mezhdunarodnogo valyutnogo fonda*, dec. 2014, vol. 51, no. 4, pp. 8–9.]
 19. *Health at a Glance 2015. OECD Indicators.* Paris, OECD Publishing, 2015. 217 p. DOI:10.1787/health_glance-2015-en
 20. Таранова Е. В какой стране люди живут дольше и почему. *Комсомольская правда*, 09.10.2009. [Taranova E. V kakoi strane lyudi zhivut dol'she i pochemu [In What Country People Live Longer and Why]. *Komsomol'skaya pravda*, 09.10.2009.] Available at: <http://www.km.ru/zdorove/2012/10/09/zdorove/694338-v-kakoi-strane-lyudi-zhivut-dolshe-i-pochemu> (accessed 21.05.2017).
 21. Колесов О. Рейтинг: в каких странах живут самые здоровые люди. *Комсомольская правда*, 06.11.2015. [Kolesov O. Reiting: v kakikh stranakh zhivut samye zdorovye lyudi [Rating: in What Countries There Live the Healthiest People]. *Komsomol'skaya pravda*, 06.11.2015.] Available at: <http://m.kp.ru/daily/26454/3325497/> (accessed 21.05.2017).
 22. *Названы самые здоровые страны мира.* [The Healthiest Countries of the World are Called (In Russ.)] Available at: <http://prian.ru/news/30313.html> (accessed 21.05.2017).
 23. Lu Wei, Del Giudice V. *Italy's Struggling Economy Has World's Healthiest People.* Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people> (accessed 21.05.2017).
 24. *Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения.* *РБК*, 29.09.2016. [Russia Became the Last in Health Care Efficiency Rating. *RBC*, 29.09.2016 (In Russ.)] Available at: <http://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f> (accessed 21.05.2017).
 25. *Всемирная организация здравоохранения. Часто задаваемые вопросы.* [WHO. Frequently Asked Questions (In Russ.)] Available at: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/> (accessed 21.05.2017).
 26. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. *Российская газета*, № 263, 23.11.2011. [The Federal Law of 11.21.2011 no. 323-FZ on Public Health Protection Bases in the Russian Federation. *Rossiiskaya gazeta*, no. 263, 23.11.2011 (In Russ.)] Available at: <https://www.gazeta.ru/business/2017/03/16/10578497.shtml> (accessed 21.05.2017).
 27. Психическое здоровье. *Информационный бюллетень ВОЗ*, апрель 2016 г. [Mental Health. *WHO Fact Sheet*, April 2016 (In Russ.)] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> (accessed: 21.05.2017).
 28. What is Universal Health Coverage? *Online Q&A Reviewed December 2014.* Available at: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/ (accessed 21.05.2017).
 29. *Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации.* [Methods of Functioning Efficiency Assessment of Territorial Health Systems in the Russian Federation (In Russ.)] Available at: http://www.socpol.ru/research_projects/pdf/proj26_report_rus.pdf (accessed 21.05.2017).
 30. Cylus J., Papanicolas I., Smith P.C., eds. *Health System Efficiency. How to Make Measurement Matter for Policy and Management Health Policy.* Brussels, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. 242 с.

MONITORING OF NATIONAL HEALTH SYSTEMS

(World Economy and International Relations, 2018, vol. 62, no. 2, pp. 92-99)

Received 21.05.2017.

Elena E. RUMYANTSEVA (e.p.centre@mail.ru),

Economic Policy and Business Center, 39, Sirenevyy Bld., Moscow, 105215, Russian Federation.

The role of health care is reconsidered in line with the 17 sustainable development goals accepted by the UN in 2015. According to the World Health Organization (WHO), in a democratic society, the development of national health care systems is closely connected with almost all sustainable development goals. The WHO in recent years exercises profound studies in this direction. This includes collection and analysis of more than 1000 indicators of health conditions. At the same time, the public authorities of many countries still do not collect sufficient data and submit it to the society. The governments reporting in the field of the health care is still fragmentary. Respectively, the development of many national health care systems is opaque, while the quality of medical care remains too poor or even considerably worsens. The fight against corruption in the health care is not adequate. In particular, in the Russian regions multiple violations in the medical institutions are identified. However, the local public does not have full access to such facts and to the information on the opportunities to resist to the numerous violations. The systematization of the all shortcomings is badly needed. The author offers to carry out the permanent and well-structured monitoring of the functioning of the national health care institutions activities. It is pointed out that too frequent, in many respects unreasonable organizational changes lead to further deterioration of the population health. The efficiency of national health systems should be evaluated through international ratings, primarily using such indicators as life expectancy and the share of the healthy people in the society.

Keywords: sustainable development, health care, life expectancy, population, state regulation, monitoring, WHO.

About author:

Elena E. RUMYANTSEVA, Dr. Sci. (Econ.), Professor, President.

DOI: 10.20542/0131-2227-2018-62-2-92-99