

На фоне резкого ухудшения здоровья населения России в системе здравоохранения усугубляются медицинские, экономические, институциональные и нравственные проблемы, решение которых не терпит отлагательства. Один-единственный показатель – депопуляция населения – может поставить под сомнение все достигнутые успехи. В статье проанализированы методы решения проблем системы здравоохранения.

Российское здравоохранение: *к чему приведут преобразования*

С. Ю. ШЕЛЕХОВ,
начальник отдела регионального развития администрации
Кемеровской области



Вследствие естественной убыли численность россиян за последнее десятилетие сократилась на 10 млн чел., но с учетом положительного сальдо миграционного прироста реально – на 5,3 млн чел.

В настоящее время Россия по ожидаемой продолжительности жизни у мужчин отстает от США, Франции и Японии на 15–19 лет (40 лет назад – на 2–3 года), у женщин – на 7–13 лет (40 лет назад – в пределах двух лет). В 2005 г. у российских мужчин она составляла 58,9 года, у женщин – 72,4 года. Разрыв составляет 13,5 лет, тогда как в развитых и близких к общероссийским параметрам экономического развития странах – 4–7 лет. Продолжительность жизни населения России на 12 лет меньше, чем в США, на 8 – чем в Польше, на 5 – чем в Китае.

Негативная демографическая ситуация в первую очередь обусловлена низкой рождаемостью и высокими показателями смертности. Младенческая смертность в 2005 г. в России составила 10,8% (в США – 7%, в Японии – 4,5%). В табл. 1 приведены данные, характеризующие тенденции демографических процессов в РФ.

Всероссийская диспансеризация показала, что численность здоровых детей составляет 32,1%, имеющих функциональные отклонения – 59,1%, с хроническими заболеваниями – 16,25%. Ежегодно в России признаются инвалидами 1,1 млн чел. Общая их численность в 2005 г. составила 12,5 млн чел., из которых 718 тыс. – дети. По данным ВЦИОМ (2005 г.), 57% опрошенных граждан не удовлетворены качеством бесплатного медицинского обслуживания.

Сравнительные показатели государственных расходов на здравоохранение в наиболее развитых странах и в России приведены в табл. 2 и 3.

Основные аспекты реформ здравоохранения

Совершенно очевидно, что в российской системе здравоохранения накопилось множество проблем: декларативность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи; несбалансированность государственных обяза-

**Динамика демографических процессов в России
в 1990–2005 гг.**

Показатель	1990	1995	2000	2003	2004	2005
Численность населения, млн чел.	148,27	148,29	146,3	144,16	143,47	142,8
Изменение численности населения, % за год	0,4	-0,1	-0,4	-0,5	-0,5	-0,5
Коэффициент рождаемости, число родившихся на 1000 чел. населения	13,4	9,3	8,7	10,2	10,4	10,2
Коэффициент смертности, число умерших на 1000 населения	11,2	15,0	15,3	16,4	16,0	16,1
Коэффициент младенческой смертности, умерших на 1000 родившихся живыми	16,5	16,9	15,3	12,4	11,6	10,8
Коэффициент естественного прироста населения, на 1000 чел.	2,2	-5,7	-6,6	-6,2	-5,6	-5,9
Ожидаемая продолжительность жизни, лет:						
всего	69,2	64,6	65,3	64,9	65,3	
мужчины	63,8	58,3	59,0	58,6	58,9	58,9
женщины	74,3	71,7	72,2	71,8	72,3	72,4

тельств по оказанию бесплатной медицинской помощи при росте платных услуг и сопоставимости затрат населения с объемами государственного финансирования здравоохранения; неэффективность многоканальной системы бюджетно-страхового финансирования, неспособной обеспечить рациональное расходование средств; отсутствие долгосрочной программы развития здравоохранения, что ведет к низкой эффективности использования имеющегося материального и кадрового потенциала системы здравоохранения; изношенность основных фондов учреждений здравоохранения, в среднем составляющая 58,5%; недоступность медицинских услуг и неудовлетворенность населения их качеством.

Таблица 2

**Динамика государственных расходов на здравоохранение
в развитых странах и России в 2000–2003 гг.,
% от суммарных расходов на здравоохранение**

Страна	2000	2001	2002	2003
Великобритания	80,9	83,0	83,4	83,4
Германия	78,6	78,4	78,6	78,2
Италия	73,5	75,8	75,4	75,1
Канада	70,3	70,1	69,7	69,9
США	44,2	44,8	44,9	44,4
Франция	75,8	75,9	76,1	76,3
Япония	81,3	81,7	81,5	81,5
Россия	56,5	54,4	55,8	52,0

Таблица 3

**Суммарные расходы на здравоохранение и их доля в ВВП
развитых стран и России, 2000 г.**

Страна	Валовой внутренний продукт, млрд дол.	Суммарные расходы на здравоохранение		Суммар- ные расходы на душу наследо- ния, дол.
		% ВВП	млрд дол.	
Великобритания	1453,4	7,3	105,3	1833
Германия	2132,1	10,6	225,8	2671
Италия	1455,9	8,1	117,4	2049
Канада	859,8	9,1	77,9	2502
США	9810,2	13,0	1274,1	4539
Франция	1463,3	9,5	138,3	2456
Япония	3291,9	7,8	255,3	1971
Россия	1003,2	5,3	53,2	364

Причины появления этих проблем очевидны:

– суммарные расходы федерального и региональных бюджетов, фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) на финансирование здравоохранения в последние годы снижаются (5,3% расходов бюджета в 2000 г., 3,15 % – в 2002 г., 2,9% – в 2003 г., 2,8% – в 2004 г.), тогда как по рекомендациям ВОЗ они должны составлять не менее 5%;

– страховые взносы субъектов Федерации на неработающих граждан покрывают не более 40% потребностей консолидированного бюджета фонда ОМС. В то же время основную часть населения России – более 82 млн чел. – составляют неработающие граждане;

– программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи обеспечивается финансовыми ресурсами с большим дефицитом (в РФ в среднем – 10%, в Кемеровской области – 17%, а по ряду регионов – до 20%), что влечет за собой вынужденные дополнительные расходы населения на оплату медицинских услуг и лекарств;

– дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения по регионам достигает 12-кратного размера, различия в финансировании территориальных программ обязательного медицинского страхования – 18-кратного, что определяет существенные отличия в доступности и качестве медицинской помощи как в разных субъектах Федерации, так и в городе и на селе;

– многолетняя ориентация на экстенсивное развитие отрасли с упором на дорогостоящую стационарную помощь, в которую вкладывалось до 80% средств;

– отсутствие мотивации у медицинских работников к повышению качества оказания медицинских услуг (около 38% работников сферы здравоохранения получают зарплату ниже прожиточного минимума).

С одной стороны, всеми без исключения признается необходимость серьезных преобразований в управлении системой здравоохранения, создания национальной эффективной ее модели, с другой – неприятие населением радикальных преобразований и неготовность к ним медицинских работников.

Главные требования к реформе здравоохранения состоят в том, что все преобразования должны отвечать двум критериям: учет интересов и пациента, и медицинских работников. Основными аспектами реформы отрасли являются следующие.

Государственные гарантии

В России недоступность и низкое качество медицинской помощи усугубляются тем, что бедные люди тратят на лекарства и медицинские услуги большую долю своих доходов, в отличие от богатых, и поэтому часто вынуждены отказываться от необходимого лечения. Жители села и малых городов чаще прибегают к платным услугам, чем жители областного центра, хотя денежные доходы последних – выше.

Если ничего не менять, то существующий разрыв между медициной для имущих и неимущих будет только нарастать. Неопределенность государственных гарантий в сфере услуг здравоохранения будет усиливать недоверие населения к государственной власти и тормозить проведение реформ в социальной сфере, тем самым снижая общую эффективность государственного управления.

Финансирование

Сохранение действующей системы финансирования, оторванной от реальных объемов и качества медицинской помощи, закрепит разрозненность системы здравоохранения, которая безвозвратно потеряла преимущества советской системы и не восприняла достоинств системы здравоохранения экономически и социально благополучных стран.

Нерешенность проблемы финансирования затрудняет радикальное реформирование отрасли. Представления, что все финансовые проблемы могут быть решены за счет развития системы обязательного и добровольного медицинского страхования, на практике проявились в том, что сократилась ресурсная база здравоохранения, к тому же используемая неэффективно. Проблема финансирования здравоохранения требует притока дополнительных финансовых ресурсов и другого принципа их распределения.

Например, селективное повышение заработной платы работникам здравоохранения, естественно, ведет к социальным конфликтам в медицинских коллективах, так как за одинаковую работу люди будут получать разную оплату. Никаких других результатов от таких реформ ожидать не приходится.

Нормативная база

Одна из серьезных причин медленного и бессистемного хода реформ в здравоохранении – их слабое законодательно-правовое обеспечение. Федеральное законодательство в этой сфере стало формироваться в 1992–1993 гг., когда поспешно были приняты основополагающие законодательные акты.

Без развития федерального законодательства невозможно осуществить крупные преобразования в сфере здравоохранения, улучшить ее финансовое обеспечение, повысить качество и доступность медицинской помощи, усилить ее профилактическую направленность, повысить ответственность самих людей за состояние собственного здоровья.

Отсутствие федерального законодательства тормозит реализацию отраслевой «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ», «Концепции охраны здоровья населения в РФ» и других актуальных нормативных актов, подготовленных Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Все законодательство, регулирующее развитие системы здравоохранения, должно опираться на два главных принципа:

1) основной потребитель медицинских услуг – пациент, который обладает конституционным правом на охрану здоровья и получение гарантированной государством необходимой медицинской помощи;

2) главная фигура системы здравоохранения – врач, качество услуг которого определяет структуру, результат и цену медицинской услуги.

Необходима разработка единых стандартов оказания медицинской помощи и оснащения учреждений здравоохранения, что позволит решить следующие задачи:

– обеспечение единого подхода к оказанию медицинской помощи на всей территории РФ;

– создание условий для унификации системы ценообразования на медицинские услуги;

– возможность установления стандартов лекарственного обеспечения путем введения единой формулярной системы, определяющей набор лекарственных средств и медикаментов, обязательных для медучреждений соответствующего уровня;

– определение нормативов оснащенности оборудованием различных типов государственных и муниципальных медицинских учреждений и сроков их обновления;

– создание основы для определения порядка инвестирования строительства новых объектов здравоохранения, реконструкции и приобретения дорогостоящего оборудования за счет соответствующих бюджетов.

Система страхования

Система медицинского страхования в ее современном виде неэффективна. Каждый субъект РФ сформировал собственную модель ОМС. Созданы формальные атрибуты, присущие страховой медицине, при отсутствии важных содержательных элементов. Значительная часть затрат здравоохранения финансируется непосредственно из бюджета. Поэтому действующая бюджетно-страховая медицина должна быть преобразована в преимущественно одноканальную систему финансирования, основанную на страховом принципе. Для этого в первую очередь необходимо:

– установить единые для всех субъектов РФ принципы и порядок оплаты медицинской помощи;

– разработать механизмы эффективного использования средств обязательного медицинского страхования;

– приблизить отчисления работодателей на ОМС к реальной стоимости страховой защиты для сбалансированности средств фонда;

– дать пациенту право выбора медицинского учреждения. Деньги должны следовать за ним и реально оказанной медицинской услугой;

– предусмотреть порядок оказания экстренной медицинской помощи незастрахованным, предусмотрев формирование в рамках фонда ОМС резервных средств за счет бюджета.

Для соответствия финансовых возможностей государства и объемов гарантированной бесплатной медицинской помощи необходимо или увеличить бюджетное финансирование отрасли и законодательно закрепить на федеральном уровне единые подушевые нормативы финансирования здравоохранения (с учетом территориального коэффициента), или же скорректировать объемы бесплатной медицинской помощи с учетом ограниченных возможностей государственного финансирования.

Субъекты РФ, обязанные делать взносы в фонды ОМС на неработающее население, становятся заинтересованными в снижении стоимости территориальной программы страхования. Чтобы этого не происходило, затраты, закладываемые в расчет стоимости базовой программы ОМС в регионе, не должны быть ниже нормативов финансовых затрат на единицу гарантируемой медицинской помощи, устанавливаемых правительством РФ.

Лекарственное обеспечение

Одной из важнейших задач является наведение порядка в системе обеспечения лекарственными препаратами. Цены на лекарства ежегодно растут на 30%, фальсифицированные лекарственные препараты составляют на рынке не менее 10–12%, причем в некоторых случаях (антибиотики, вакцины) их прием может быть смертельно опасным.

Принятие законодательства о дополнительном лекарственном обеспечении отдельных категорий граждан позволило повысить доступность лекарственной помощи. Для малоимущих стали доступны эффективные дорогостоящие лекарства. Принятая модель может быть использована для более широкого круга граждан, в сферу ее применения в первую очередь должны быть включены дети, доноры, ветераны труда и низкооплачиваемые работники бюджетной сферы.

В рамках модели дополнительного лекарственного обеспечения могут быть реализованы мировые принципы, позволяющие регулировать цены на лекарственные средства, усиливать контроль за качеством препаратов и предотвращать попадание на рынок некачественных и фальсифицированных лекарств. Также это позволит обеспечить рационализацию объема лекарственных препаратов, так как нерегулируемый рост числа наименований создает дополнительные проблемы для врачей, пациентов и аптечных организаций.

Безусловно, кардинальное решение проблемы повышения эффективности лекарственного обеспечения связано с развитием отечественной фармацевтической промышленности, выходом ее на уровень современных требований качества и конкурентоспособности.

Технологичность

Научно-технологический уровень отечественной медицины достаточно высок, но фактическое удовлетворение потребности по различным видам высокотехнологичной медицинской помощи в РФ составляет 15–20% и неуклонно снижается.

Необходимо создание общенациональных специализированных медицинских служб, призванных сделать передовые технологии доступными для каждого жителя страны, снизить их стоимость. Эти службы должны иметь государственное целевое финансирование, в основе которого – государственный заказ на высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Критерии оценки работы

Одна из наиболее сложных проблем управления системой здравоохранения – определение единых критериев оценки работы лечебно-профилактических учреждений. Для решения этой задачи необходимо разработать систему показателей, характеризующих результаты деятельности медицинского учреждения, здравоохранения муниципального образования, региона и страны в целом, установить их нормативные значения и осуществлять регулярный мониторинг, призванный дать оценку доступности и качества медицинских услуг.

Система профилактики

В числе приоритетных направлений развития системы здравоохранения и общества в целом – профилактика и предупреждение заболеваний, утверждение здорового образа жизни. Реализация согласованной политики должна охватывать не только сферу здравоохранения, но и всю систему общественных отношений – воспитание, образование, создание условий жизни, наличие господствующей идеологии и средства ее распространения и т. д. У здравоохранения в решении этой проблемы свои задачи:

– своевременная диагностика заболеваний требует регулярного проведения профилактических осмотров населения, средства на которые должны быть предусмотрены при утверждении бюджета;

– укрепление инфраструктур, осуществляющих профилактические программы по предупреждению инфекционных и социальных заболеваний;

– развитие санаторно-курортной помощи при организации долечивания больных после стационаров, медицинской реабилитации людей, пострадавших от несчастных случаев и профессиональных заболеваний;

– приоритетность финансирования профилактических мероприятий и разработка системы мотивации для медицинских работников, стимулирующей заинтересованность в их проведении.

Кадровое обеспечение

Не менее серьезно положение главной системообразующей основы здравоохранения – врачей и медицинского персонала, которые, будучи поставлены в условия самостоятельного выживания, оказываются заложниками безответственности власти. При отсутствии внятной государственной политики усиливается незаконная коммерциализация государственных и муниципальных учреждений, возрастает имущественное расслоение врачебных коллективов. Соблазны коррупции, недобросовестное поведение чиновников, равнодушное отношение к усилиям медицинских работников честно и качественно оказывать медицинские услуги – все это ведет к развитию необратимых процессов, разрушающих саму систему здравоохранения.

В России ежегодно выпускается около 100 тыс. молодых специалистов с высшим и средним медицинским образованием, более 450 тыс. ежегодно проходят обучение в системе дополнительного профессионального образования. В то же время во многих медицинских учреждениях не хватает специалистов, что уже не позволяет говорить о доступности медицинской помощи.

Для решения этой проблемы необходимо внести существенные изменения в подготовку кадров:

– усовершенствовать классификатор медицинских специальностей и привести его в соответствие с европейскими требованиями;

– разработать долгосрочный прогноз потребности населения в медицинском, лекарственном, санитарно-гигиеническом обеспечении, построенный с учетом показателей здоровья, характера миграционных процессов населения и структурной модернизации здравоохранения;

– нормативы численности кадров здравоохранения должны стать основой планов приема в медицинские учебные заведения;

– необходимо ускорить работу по созданию современных университетских комплексов с обновлением материально-технической базы, развитием информационных технологий и повышением квалификации преподавательского состава;

– использовать контрактную форму подготовки кадров, призванную решить как социальные проблемы выпускников, так и кадровое обеспечение медицинских учреждений.

Закреплению кадров должна способствовать ликвидация необоснованно низкого уровня оплаты труда в бюджетной сфере (в целом по стране расходы на оплату труда составляют 16,2% стоимости продукта, в США – 39,9%, в Великобритании – 62,9%).

Национальный проект «Здоровье»

Задача улучшения охраны здоровья населения страны потребовала разработки и утверждения специального общенационального проекта, включающего национальную доктрину охраны здоровья населения России.

На решение основных направлений и задач в 2006 г. было выделено 88,4 млрд руб., а в 2007 г. – уже 120,5 млрд руб. В частности, на развитие первичной медико-санитарной помощи в 2006 г. было заложено 71,1 млрд руб., в 2007 г. – 84,4 млрд руб., на обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью – 16,7 и 31,4 млрд руб., на расходы по информационной поддержке и управлению проектом – 0,6 и 0,7 млрд руб. соответственно.

Значение информационной поддержки проекта трудно переоценить. Цель ее состоит не только в доведении до сведения медицинских учреждений государственной политики и практических шагов, которые делаются для укрепления и повышения эффективности здравоохранения, но и включения этих учреждений в процесс реформирования по всем направлениям преобразований.