

# 3

---

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ОТРАСЛЬ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

---

*Каждый народ имеет ту медицину, которую ему финансируют.*

*Перевёрнутый Виктор Сумбатов*

*Врачи удивляются, как при таком лечении больные ещё живы. Больные удивляются, как при такой зарплате врачи ещё живы.*

*Михаил Жванецкий*

Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью. Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров.

В концептуальном плане стратегические и тактические задачи охраны здоровья населения базируются на создании «общественной системы здравоохранения», предназначенной повысить доступность и качество медицинской помощи населению.

Доступность медицинских услуг означает свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Доступность медицинской помощи обусловлена:

- наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
- наличием на территориях необходимых медицинских технологий;

- возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации;
- имеющимися транспортными возможностями;
- уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Качество медицинской помощи определяется как совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента (населения), современному уровню медицинской науки и технологии. К характеристикам качества медицинской помощи относятся ее своевременность, результативность, профессиональная компетентность медицинских работников, эффективность, непрерывность, безопасность, удобство удовлетворения медицинских потребностей пациента.

Компонентами качества медицинской помощи, которые можно использовать в виде критериев и показателей его состояния, эксперты ВОЗ считают:

- правильность выполнения медицинских технологий;
- отсутствие риска для пациентов;
- оптимальность использования ресурсов;
- удовлетворенность потребителей медицинской помощью.

Особенность текущего момента – затянувшаяся организационная перестройка здравоохранения, характеризующаяся многоукладностью видов медицинской помощи. Наряду с основной бюджетно-страховой системой здравоохранения формируются новые модели предоставления медицинских услуг населению, прежде всего частная медицина. Бюджетно-страховая система здравоохранения обеспечивается средствами государственного бюджета (федерального и регионального) и внебюджетными средствами медицинского страхования – обязательного государственного социального медицинского страхования (ОМС) и добровольного, частного медицинского страхования (ДМС).

### **Финансирование отрасли здравоохранения**

По показателю медицинских расходов на душу населения Россия существенно отстает не только от Западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы, которые «стартовали» примерно в равных с нами условиях (табл.3.1).

Специалисты ВОЗ подсчитали, что для решения основных проблем здравоохранения затраты общества должны быть не менее 6% ВВП. Доля государственного финансирования в ВВП западноевропейских стран составляет 6-8%, к этому уровню приближаются страны Центральной

Европы: Венгрия, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Хорватия – 5-7% ВВП (рис.3.1).

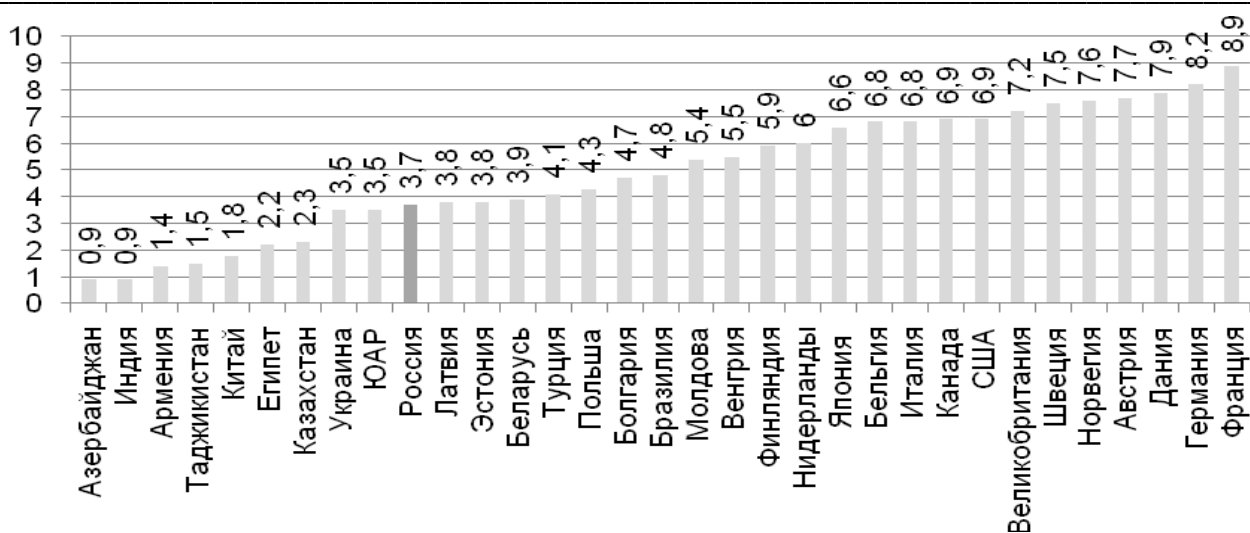
**Таблица 3.1.**

***Государственные расходы на здравоохранение на одного жителя в пересчете по паритету покупательной способности, \$ США в 2005 г.***

<b>Россия</b>	348
Латвия	520
Литва	581
Эстония	651
Венгрия	941
Польша	585
Чехия	1282
Франция	2720
Германия	2499
Италия	1909
Великобритания	2262
Норвегия	3616
Швеция	2460

Источник: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark (на 1 марта 2010)

Иная картина складывается в России. Объем государственных расходов в 2008 г. составлял 3,7% ВВП (рис. 3.1). Примерно на таком же уровне находятся развивающиеся страны со средним доходом (например, ЮАР). Но в отличие от России, за эти деньги государство там гарантирует первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и проч.). А в России при финансировании здравоохранения на уровне Южной Африки, государство обещает за эти деньги западноевропейский набор услуг – в результате человеку без денег и знакомств фактически не гарантировано ничего.

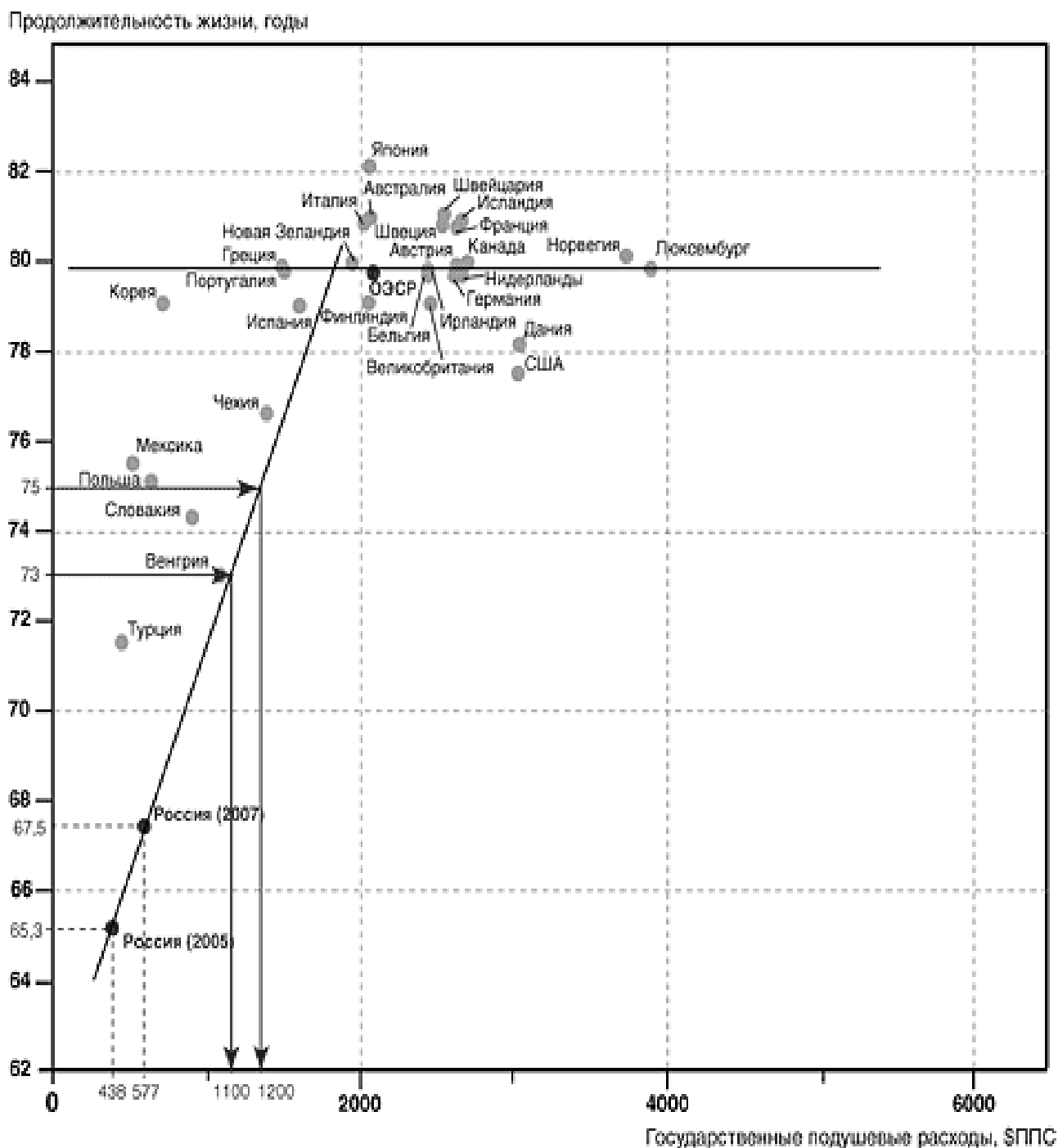


**Рис. 3.1. Государственные расходы на здравоохранение (в % к ВВП)**

Следующий рисунок (рис. 3.2) наглядно демонстрирует прямо пропорциональную зависимость показателей здоровья от уровня государственного финансирования здравоохранения. Видно, что для того, чтобы иметь продолжительность жизни 73-75 лет (такие показатели имеют сегодня новые страны Евросоюза, бывшие социалистические страны, такие как Венгрия, Польша, Чехия) уровень финансирования здравоохранения в России должен быть в 2 раза выше, или на уровне 1200\$ ППС на душу населения в год.

Однако дело не только в нехватке средств. Малые деньги, которыми располагает российское здравоохранение, используются крайне нерационально. Россия существенно отстает от индустриально развитых стран мира не только по объему финансирования, но в гораздо большей степени – по конечным показателям результативности системы здравоохранения (табл.3.2). Как следует из таблицы, по показателю здоровья населения Россия занимает 127-е место, а по интегральной оценке системы здравоохранения – 130-е место, существенно уступая большинству восточноевропейских и некоторым латиноамериканским странам со сходным уровнем экономического развития. При этом по показателю расходов на душу населения мы занимаем 75-е место.

Но не только Россия сталкивается с этим разрывом между расходами и результатом. Например, США – на первом месте по размеру расходов на здравоохранение, но имеют затратную и неэффективную систему медицинского обслуживания, поэтому существенно отстают от менее развитых стран по показателям ее эффективности. И наоборот, Великобритания, Япония, Италия, расходуя относительно меньше, являются лидерами по конечным показателям деятельности здравоохранения.



**Рис. 3.2. Зависимость между показателями здоровья и финансированием здравоохранения**

Источник: Улумбекова Г. Уроки реформы российского здравоохранения <http://www.polit.ru/lectures/2010/02/11/healthcare.html>

Созданную в России систему обязательного медицинского страхования (ОМС) не ругал только ленивый. Когда она вводилась, очень много говорилось о финансировании медицинских учреждений по принципу «деньги идут за пациентом» и праве пациента на выбор врача. О двух этих

основополагающих целях скоро забыли. Деньги территориально распределялись в лечебные учреждения, а пациент был прикреплен к данным учреждениям, как и в советское время, по территориальному признаку. Его договор со страховой компанией, свидетельством которого является карточка медицинского страхования, стал всего лишь пропуском в районную поликлинику. При этом лечебные учреждения отчитываются за израсходованные средства не по результатам лечения конкретных людей, не по конкретно проведенным процедурам, а по «койко-дням». Никаких единых стандартов медицинской помощи в стране не существует.

**Таблица 3.2.**

***Ранжирование стран по показателям расходов и результатов деятельности систем здравоохранения, по оценке Всемирной организации здравоохранения (ранги от 1 до 191)***

Страны	Размер расходов на здравоохранение на одного жителя, долл. США по паритету покупательной способности	Относительные показатели результативности систем здравоохранения	
		Показатели здоровья населения	Интегральный показатель деятельности системы здравоохранения
США	1	72	37
Швейцария	2	26	20
Германия	3	41	25
Франция	4	4	1
Италия	11	3	2
Япония	13	9	10
Великобритания	26	24	18
Чехия	40	81	48
Польша	58	89	50
Эстония	60	115	77
Литва	71	93	73
<b>Россия</b>	<b>75</b>	<b>127</b>	<b>130</b>
Болгария	96	92	102
Румыния	107	130	160

Источник: WHO World Health Report, 2000. Health systems: improving performance, [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf)

Новый закон ОМС, вступивший в силу с января 2011 г., содержит несколько принципиальных новаций. Во-первых, теперь получить медицинскую услугу по полису ОМС можно в любом регионе России, а не только там, где зарегистрирован человек. Во-вторых, это можно сделать не только в государственном или муниципальном медучреждении, но и в частном или ведомственном, если оно станет участником программы ОМС. И при этом не понадобится доплачивать за лечение и консультации, входящие в программу обязательного медицинского страхования. В-третьих, человек может самостоятельно выбрать страховую медицинскую компанию, медучреждение и врача, которые будут его обслуживать. Главная задача реформы, по заявлению властей, – поставить человека в центр системы здравоохранения. Суть изменений заключается в следующем: медстрахование получает новую систему финансового обеспечения, граждане – более широкий доступ к качественной медицине. Новая схема финансирования будет следующей: предприятия отчисляют страховые взносы в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, где они аккумулируются. Далее фонд передает деньги страховым компаниям, а те – лечебным учреждениям в качестве оплаты за обслуживание клиентов. Таким образом, страховщикам отводится роль посредников и наблюдателей за тем, чтобы больницы обслуживали клиентов добросовестно.

Между тем, вопрос о том, приведет ли принятие нового закона к повышению качества и доступности российской медицины, под вопросом. Многие эксперты считают закон декларативным и популистским. Например, выбор врача – для этого по новому закону нужно получить его согласие, но вряд ли хорошие врачи захотят иметь дополнительную нагрузку без существенного увеличения зарплаты. Сомнения вызывает и предполагаемое желание частных клиник войти в ОМС – тарифы страховой системы намного меньше их расценок, и, вероятнее всего, они не захотят работать себе в убыток. По мнению экспертов, появится еще больше бюрократии: при схеме, продиктованной законом, на первый план выводится скрупулезный подсчет количества посещений больных, количества выписанных рецептов и множество отчетов. Пациент уходит на второй план. Существует также проблема ответственности врачей. В новом законе и за ошибки, и за грубость лечебные учреждения предполагается наказывать с помощью контролера – страховой компании. Вот только наказать лечебное учреждение за некачественную работу страховой компании будет невозможно. Этот механизм не прописали.

Таким образом, по мнению экспертов, новый законопроект, по сути, сводится к изменению порядка финансирования существующей системы здравоохранения без реформирования ее организационных принципов и в

нынешнем виде только ухудшит доступность медицинской помощи для россиян. Основная идея авторов закона – укрепить до предела позиции Федерального фонда ОМС, сведя практически к нулю функции страховых компаний.

## **Организация и управление лечебными учреждениями**

### ***Обеспеченность населения медицинскими учреждениями***

Вследствие большой территории России и низкой плотности населения система здравоохранения базировалась на очень широкой сети лечебных и профилактических учреждений (ЛПУ). Выделяют следующие основные типы ЛПУ, функционально связанные между собой: *поликлиника–больница–санаторий* (центр восстановительного лечения). При необходимости можно осуществить принцип поэтапного лечения.

Согласно номенклатуре в Российской Федерации функционируют многочисленные виды ЛПУ, обеспечивающие медицинскую (медико-социальную) помощь:

- амбулаторно-поликлинические учреждения:

- поликлиники (городские, стоматологические);
- учреждения скорой и неотложной помощи;
- учреждения родовспоможения, женские консультации;
- центры (медико-генетические, диагностические, восстановительного лечения, перинатальные, планирования семьи и репродукции);
- санитарно-эпидемиологические станции и т. д.

- стационары:

- больницы (окружные или районные, городские, областные, краевые, республиканские);
- специализированные больницы (инфекционные, восстановительного лечения, психиатрические, туберкулезные, госпитали ветеранов);
- хосписы, дома ребенка, приюты и т. д.

В России, как и во всем мире, наиболее массовым видом медицинской помощи является догоспитальная, или внебольничная медицинская помощь (до 80% взрослых и детей пользуются ею). Однако основные средства российского здравоохранения вкладывались в стационарную медицинскую помощь. На ее долю до сих пор приходится 60% объема расходов на здравоохранение против 35-50% в странах с передовыми системами здравоохранения (табл.3.3). Это означает, что при общем недофинансировании здравоохранения поликлиники финансировались остаточным методом, что ограничивало возможность их развития, внедрения современных ресурсосберегающих технологий оказания



медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах, и в результате приводило к расширению показаний к стационарному лечению, удорожанию медицинской помощи в целом.

**Таблица 3.3.**

**Структура расходов по основным видам медицинской помощи  
за период с 2006 г. по 2008 г. (в % к итогу)**

<b>Виды медицинской помощи</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
1. Скорая медицинская	6,9	7,2	7,0
2. Амбулаторная медицинская	29,9	31,5	31,2
3. Стационарная	60,4	58,6	59,1
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	2,8	2,7	2,7
<b>Итого</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Источник: Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в 2008 г. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/spa/29>

В концепции охраны здоровья населения Российской Федерации было обращено внимание на то, что амбулаторное звено здравоохранения должно играть ведущую роль в выявлении лиц с высоким риском развития заболеваний. В соответствии с этим предусматривалось увеличение доли финансирования первичного звена здравоохранения – амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений – с целью развития профилактического направления их работы, укрепления нормативной и финансовой базы для работы врача общей практики.

#### ***Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому населению***

До 2004 г. происходило некоторое увеличение числа амбулаторно-поликлинических учреждений (табл.3.4). Этот процесс шёл в основном за счёт существенного роста числа негосударственных поликлиник. Однако к 2008 г. число амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось на 6500 по сравнению с 2004 г. (за счет резкого уменьшения числа государственных учреждений) и на 5900 по сравнению с 1990 г.

**Таблица 3.4.**

***Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений различных форм собственности***

	1990	1995	2000	2001	2002	2004	2006	2008*
<b>Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс.),</b> из них:	<b>21,5</b>	<b>21,1</b>	<b>21,3</b>	<b>21,3</b>	<b>21,4</b>	<b>22,1</b>	<b>18,8</b>	<b>15,6</b>
государственные		20363	19044	18944	18751	18298	13583	12278
негосударственные		703	1724	1884	2144	3209	4649	3014
отделения негосударственных немедицинских организаций			486	520	508	577	560	264
<b>Мощность, посещений в смену (на 10 000 человек населения)</b>	<b>217,3</b>	<b>235,1</b>	<b>243,2</b>	<b>245,4</b>	<b>247,8</b>	<b>251,3</b>	<b>256,4</b>	<b>257,3</b>
Число женских консультаций, детских поликлиник, отделений (самостоятельных и входящих в состав учреждений), тыс.		15,6	16,0					11,7
Число фельдшерско-акушерских пунктов, тыс.		45,8	44,6					39,8

\*Без данных по микропредприятиям

***Стационарная медицинская помощь***

Структурная перестройка здравоохранения с целью повышения преемственности медицинских учреждений касается, прежде всего, стационаров [32]. Создается четкая регламентация больниц по профилю деятельности:

1. Больницы (отделения) с высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса. Это стационары, где оказывается интенсивная

медицинская помощь, проводятся экстренные хирургические вмешательства, имеется соответствующее медицинское оборудование, медицинские кадры, лекарственные средства, мягкий инвентарь и др. Средние сроки пребывания больных в таких стационарах короткие (купируется острое состояние), в дальнейшем больные должны переводиться в другие лечебные учреждения (или отделения).

2. Больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных среднесрочного пребывания, т. е. на восстановительное лечение. Соответственно стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения у таких стационаров иные, другие средние сроки пребывания больного на койке и нагрузка персонала. Примерная численность коек в больничных учреждениях этого типа составляет до 50% общей мощности.

3. Больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации для больных с хроническими заболеваниями. Число коек в них составляет до 20% от общей коечной мощности.

4. Медико-социальные больницы (отделения) – больницы сестринского ухода, хосписы. Такие учреждения должны составлять до 20% общей коечной мощности.

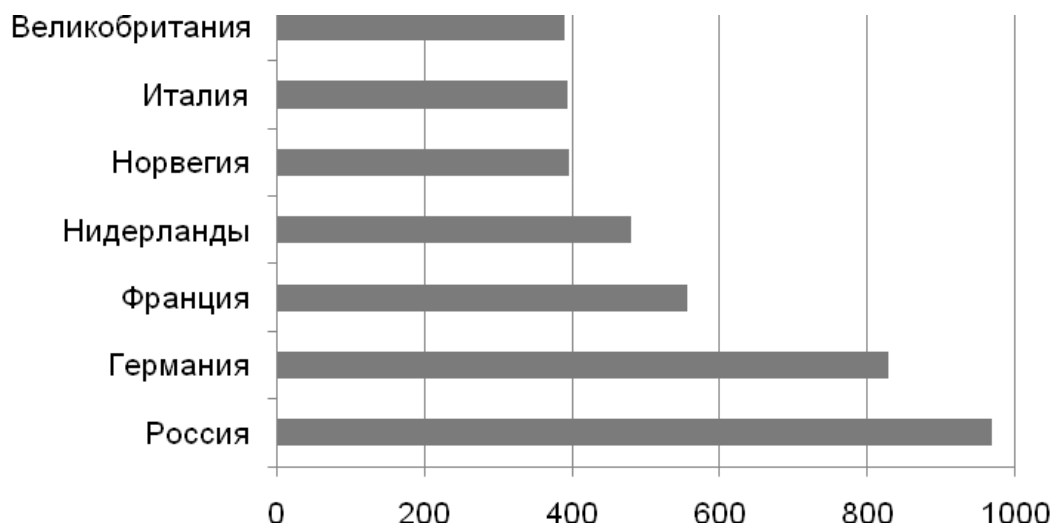
**Таблица 3.5 .**  
**Больничные учреждения в России (на конец года)**

Годы	Число больничных учреждений, тыс.	Число больничных коек	
		всего, тыс.	на 10 000 человек населения
<b>1990</b>	12,8	2037,6	137,4
<b>1995</b>	12,1	1850,5	125,8
<b>2000</b>	10,7	1671,6	115,0
<b>2001</b>	10,6	1653,4	114,4
<b>2002</b>	10,3	1619,7	112,6
<b>2003</b>	10,1	1596,6	111,6
<b>2004</b>	9,8	1600,7	112,5
<b>2005</b>	9,5	1575,4	111,3
<b>2006</b>	7,5	1553,6	109,2
<b>2007</b>	6,8	1522,1	107,2
<b>2008</b>	6,5	1398,5*	98,6

\* Койки круглосуточных стационаров (без коек в дневных стационарах).

Поскольку для российского здравоохранения поставлена задача смены акцентов с лечения на профилактику, то в последние полтора десятилетия происходило сокращение объемных показателей сети

стационаров (табл.3.5). Число больничных учреждений в стране сократилось в 2 раза. Количество больничных коек на 10 тыс. жителей в 2008 г. составило 72% от уровня 1990 г., но все равно остается высоким по сравнению с западными странами (рис.3.3). Кроме того, проблема заключается в неоптимальной структуре коечного фонда: существует переизбыток коек интенсивного лечения и недостаток коек реабилитации и длительного ухода [33].



**Рис. 3.3. Число больничных коек на 100 тыс. населения**

Источник: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Несмотря на снижение показателя обеспеченности больничными койками, уровень госпитализации практически не уменьшается (табл.3.6).

**Таблица 3.6. Использование коечного фонда в больничных учреждениях в России**

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
<b>Численность госпитализированных больных на 100 человек населения</b>	22,8	21,3	21,8	22,2	22,2	22,6	22,4
<b>Среднее число дней пребывания больного на койке</b>	16,6	16,8	15,5	13,8	13,6	13,4	13,2

Госпитализация составляет на 100 жителей 22 случая в среднем по стране, что заметно выше, чем в некоторых развитых западных странах (табл.3.7).

Средняя продолжительность стационарного лечения в России 13-16 дней (табл. 3.6) против 6-12 дней в западных странах. При этом врачи жалуются на дефицит больничных коек. Недостаток мест объясняется не тем, что все повально болеют, а тем, что койки часто занимают здоровые люди. В системе отечественного здравоохранения широко распространена необоснованная госпитализация особенно терапевтического, неврологического и гинекологического профилей. По оценкам экспертов ее доля колеблется от 20% до 50% и практически не сокращается. Например, пациенты с успешно прооперированным аппендицитом или женщины после родов у нас лежат по 5–6 дней, а в Европе их выписывают уже на второй день.

Причина такого странного подхода кроется в специфической системе финансирования. В цивилизованных странах количество денег, получаемых медучреждениями, зависит от количества вылеченных пациентов и качества лечения. У нас же оплата зависит от количества занятых больными коек.

**Таблица 3.7.**  
**Показатели развития здравоохранения, 2008 г. (или более ранний)**

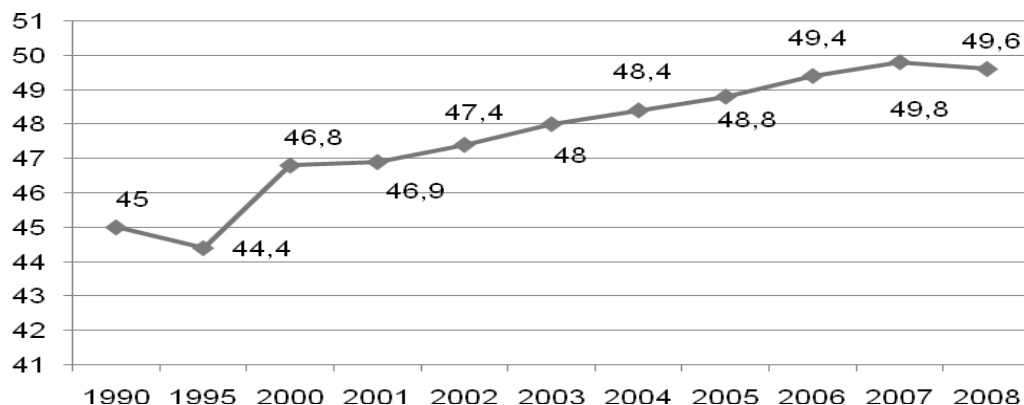
Страны	Уровень госпитализации на 100 жителей	Средний срок госпитализации, дней
Россия	22,4	13,2
Латвия	20,0	9,5
Литва	21,5	9,6
Эстония	16,8	7,9
Венгрия	17,9	10,5
Польша	-	6,2
Чехия	19,5	10,0
Италия	13,8	7,7
Норвегия	17,1	6,2
Швеция	15,2	6,3
В среднем по ЕС	15,6	8,8

Источник: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

### **Обеспеченность населения медицинскими кадрами**

По данным Всемирной организации здравоохранения качество медицинской помощи напрямую зависит от численности медицинских кадров и их адекватного распределения в отрасли.

После некоторого падения в середине 90-х годов в последнее время в стране отмечается неуклонное наращивание численности врачей всех специальностей (рис.3.4).



**Рис. 3.4. Численность врачей на 10 тыс. человек населения**

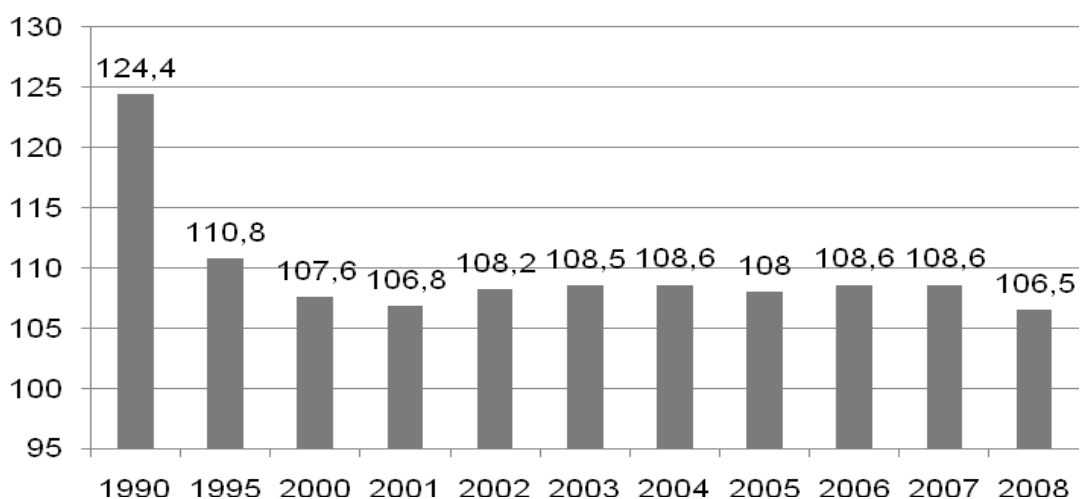
**Таблица 3.8 .**

### **Обеспеченность медицинскими кадрами в других странах**

Страна	год	Обеспеченность врачами на 10 000 человек населения
Болгария	2007	36,4
Венгрия	2007	27,8
Германия	2007	34,8
Италия	2006	36,5
Латвия	2007	30,5
Литва	2007	40,7
Нидерланды	2007	39,3
Норвегия	2007	38,0
Польша	2007	20,5
Украина	2007	48,3
Финляндия	2007	33,1
Франция	2007	34,2
Чехия	2007	35,7
Швейцария	2006	39,7
Швеция	2006	35,8
Эстония	2007	32,9
Канада	2003	21,4
США	2006	26,7

При этом обеспеченность медицинскими кадрами в России превышает аналогичный показатель в некоторых государствах мира в 1,5-2 раза (табл.3.8).

Однако наличие врачей должно подкрепляться средним медперсоналом, количество которого резко сократилось за период с 1990 г. по 2008 г. (рис.3.5). Более всего уменьшилась численность фельдшеров и акушерок.



**Рис. 3.5. Численность среднего медицинского персонала на 10 тыс. человек населения**

Таким образом, анализ обеспеченности населения медицинскими кадрами показывает нарастающую диспропорцию соотношения врачей и среднего медицинского персонала. Если в 1990 г. на 1 врача приходилось 2,8 специалиста со средним медицинским образованием, то в 2008 г. этот показатель составил 2,2. Известно, что показателя оптимального соотношения средних медработников и врачей в практике не существует. Ориентиром могут служить лишь рекомендации экспертов ВОЗ и Минздрава России – оптимальным считается соотношение 1:4–1:5 [34,35].

Прямым следствием недостаточного обеспечения сестринским персоналом ЛПУ является снижение качества оказания медицинской помощи пациентам. Положение усугубляется тем, что сокращается число младшего медицинского персонала. В результате врачи и медицинские сестры часто вынуждены выполнять вспомогательные функции, не требующие профессиональной компетенции их уровня, а больные остаются без должного внимания. Обычная картина городской поликлиники – это вечно спешащие, усталые, задерганные проверками и бесконечной писаниной врачи и медсестры. Им некогда думать о качестве

услуг и удовлетворенности пациента. Хирург идет на операцию после суточного дежурства – это стало нормой, никто этого не запрещает.

Наблюдается высокий процент совместительства врачебных и средних медицинских должностей. В целом по России в 2006 г. для врачей этот показатель составил 1,5, для среднего медицинского персонала – 1,3. Совмещение должностей широко используется в системе здравоохранения в качестве основного способа обеспечить приемлемый уровень оплаты труда медицинских работников. Заработная плата в сфере здравоохранения на 30% ниже, чем средняя заработная плата по стране. Высокий уровень совмещения может иметь ряд негативных последствий: ущерб здоровью медицинского персонала, снижение качества работы и эффективности медицинской помощи, или производительности труда.

Сохраняется диспропорция соотношения врачей первичного звена обслуживания пациентов и врачей-специалистов. В мировой практике утвердилось понимание закономерности: чем выше доля врачей первичного звена в общей численности врачей (ниже доля узких специалистов), тем меньше средств необходимо для достижения конечных результатов функционирования системы здравоохранения. В российской структуре доля врачей первичного звена составляет 10% (педиатров) и 24% (терапевтов) против 45-55% в западных странах.

Частота направлений больного участковыми врачами к специалистам у нас превышает 30% от числа первых посещений, в то время как в западных странах 4-10%. А поскольку врачи в поликлиниках не имеют мотивации к тому, чтобы больше делать самим и нести реальную ответственность за здоровье населения, вся надежда больного – на госпитализацию.

Анализ кадрового состава по возрастному критерию свидетельствует о тенденции к росту доли работников здравоохранения РФ предпенсионного и пенсионного возрастов. Удельный вес врачей старше 50 лет на протяжении последних лет (с 2000 г. до 2008 г.) возрос среди мужчин с 23% до 29%, женщин с 19,8% до 27%, в целом среди мужчин и женщин – с 20,5% до 27,7%. Данный факт в перспективе может усугубить неблагоприятно складывающуюся ситуацию по кадровому обеспечению лечебно-профилактических учреждений.

На качество медицинского обслуживания влияет низкая мотивация медицинских кадров к качественному труду и повышению своих профессиональных знаний. Когда врач работает на 1,5 ставки, то ему при всем желании просто некогда заниматься повышением квалификации. По данным Л.Рошаля [36] квалификационную категорию имеют только 53,8% врачей, около 40% врачей первичного звена не проходили повышения квалификации в течение 10 лет. Повышение квалификации один раз в пять



лет не решает проблемы качества. Развитие современной медицинской науки и практики требует от врачей постоянного совершенствования знаний и умений, тем более что медицинская информация за год меняется на 100%. К примеру, в Англии врачам предоставляют новую информацию 2 раза в год. У нас в стране имеются значительные трудности в регулярном повышении знаний. Так, у медицинских работников крайне ограничен доступ к «Национальной электронной медицинской библиотеке» через систему Интернет, а средства для повышения квалификации без отрыва от клинической практики не заложены ни в бюджете, ни в системе ОМС.

С другой стороны, зачем врачам много знать, если большинство пациентов не может купить современные эффективные препараты из-за их высокой стоимости? Тут дело не столько в цене лекарств, сколько в небольшой пенсии или зарплате. Получается порочный круг: больные не могут купить, врачи стараются не назначать. Причем это входит в шаблон действий врача, и препараты не назначаются даже тем, кто может их купить.

Другой фактор обострения проблемы качества услуг – низкий уровень материально-технической базы здравоохранения. Износ основных фондов учреждений здравоохранения составляет 58,5%, в том числе зданий – 27,4%, медицинского оборудования – 64%, транспорта – 62% [37]. Мировое здравоохранение в последние 2-3 десятилетия переживает глубокие технологические сдвиги, существенно повышающие клинические результаты медицинской деятельности. Эти процессы очень слабо заделали наше здравоохранение, если не считать небольшое число элитных учреждений. Дефицит современной медицинской техники больно бил и бьет по здоровью нации. Но огромные одноразовые закупки в рамках национального проекта «Здоровье» могут иметь свои обидные и непоправимые минусы, грозящие распылением средств. По данным Л. Рошаля оборудование иногда поступает туда, где в бюджете не предусмотрено средств на обучение специалистов и на лицензирование нового вида деятельности. И чтобы запустить такое оборудование и подготовить специалистов, требуется длительное время. Нет также договоренности с иностранными поставщиками о минимум пятилетнем снабжении запчастями и реактивами. Не создана сеть быстрого и качественного ремонта. При этом закупку необходимого оборудования и лекарственных средств диктуют не специалисты, не медицинские учреждения, а чиновники. В результате руководители медицинских учреждений вынуждены приобретать оборудование, инструментарий, расходные материалы и лекарства только в тех фирмах, на которые им указали сверху.

Помимо недостатка финансирования, нехватки кадров, современного медицинского оборудования и технологий наблюдается «дефицит совести», рост равнодушия со стороны медицинских работников, приобретающий уже едва ли не глобальный характер и охвативший не только отрасль здравоохранения, но и все сферы жизни в нашей стране. Безответственность и халатность врачей принимают все более угрожающие масштабы. Во всех цивилизованных странах медики получают приличные деньги за работу и крайне дорожат своим местом. У нас обратная ситуация – низкие зарплаты, и всю ответственность за врачебные ошибки и нарушения несет государство. Врачи ничем не рискуют и ни перед кем не отвечают за допущенные промахи. Этим объясняется их халатное отношение к своим обязанностям и здоровью пациента.

### **Доступ к медицинской помощи жителей удаленных местностей**

Большой проблемой является обеспечение доступа к медицинской помощи лицам, проживающим вне больших населенных пунктов. В СССР эта проблема решалась созданием сети маломощных лечебных учреждений, врачебных и фельдшерских участков. В комплексе на эту цель работали социальные льготы медицинским работникам, проживающим на селе; относительно дешевая, хотя и примитивная транспортная цепь; принудительное направление выпускников медицинских вузов в первичное звено здравоохранения, в том числе на село [38].

Проводимые структурно-функциональные преобразования в системе здравоохранения привели к ухудшению почти всех показателей сети лечебно-профилактических учреждений в сельской местности. С 1995 г. по 2008 г. число сельских амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось более чем в 3 раза (табл.3.9), число больничных учреждений уменьшилось в 3,8 раза (табл.3.10).

Ухудшению доступности медицинской помощи на селе способствовали упразднение законом ФЗ 122 ряда социальных льгот для врачей, ранее присутствовавших в национальном законодательстве, и почти полная коммерциализация междугородних перевозок, уничтожение фельдшерско-акушерских пунктов из-за невозможности их лицензировать (не выдерживают принятых лицензионных требований).

В ряде программ, например, развития высокотехнологичной медицинской помощи, предусматривается обеспечение расходов граждан на проезд к месту лечения, однако проезд для простого обращения к врачу для жителей удаленных мест остается главной проблемой.

**Таблица 3.9.**

**Численность амбулаторно-клинических учреждений в городских и сельских поселениях**

	1995	2000	2005	2007	2008
<b>В городских поселениях</b>					
Число амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений)	11854	12865	14288	15554	12754
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену (на 10 тыс. человек)	272,3	284,8	302,9	312,2	311,3
<b>В сельской местности</b>					
Число амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений)	9217	8389	7495	2747	2871
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену (на 10 тыс. человек)	133,0	128,1	131,1	113,5	110,8

**Таблица 3.10.**

**Численность больничных учреждений в городских и сельских поселениях**

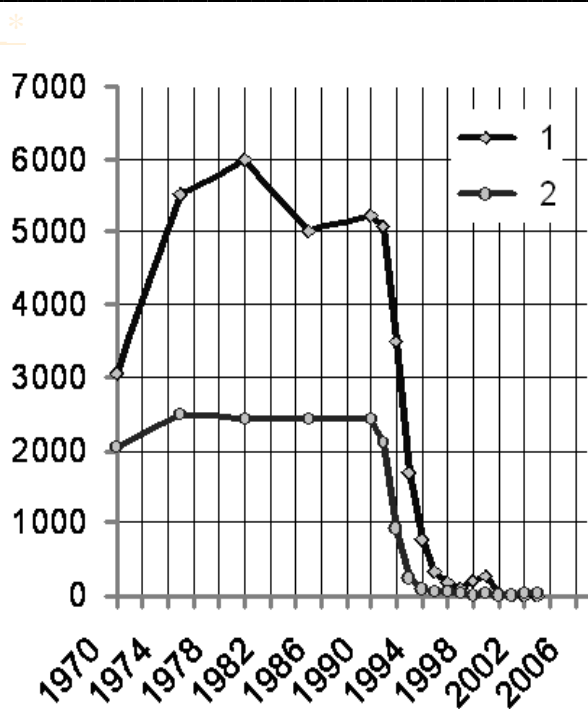
	1995	2000	2005	2007	2008
<b>В городских поселениях</b>					
Число больничных учреждений	6627	6326	5820	5315	5131
Число коек в больничных учреждениях (на 10 тыс. человек)	145,5	134,8	131,7	128,3	118,3
Число центральных районных больниц	1103	1078	1046	1028	1028
Число районных больниц	143	145	148	118	116
Число участковых больниц	11	30	40	29	25
<b>В сельской местности</b>					
Число больничных учреждений	5437	4378	3659	1462	1414
Число коек в больничных учреждениях (на 10 тыс. человек)	71,7	60,4	55,3	49,8	45,1
Число центральных районных больниц	683	687	688	719	721
Число районных больниц	151	118	119	97	89
Число участковых больниц	4398	3280	2591	481	456

## **Лекарственное обеспечение**

Отдельного внимания заслуживает проблема лекарственного обеспечения населения. После прекращения существования СССР единая фармацевтическая промышленность практически распалась (рис. 3.6, рис.3.7). К 1997 г. объем производства отечественных лекарственных средств сократился на 60%, производители повысили цены, в результате чего российские препараты не выдержали конкуренции с импортными. В конце 90-х годов доля импортных лекарственных средств на фармацевтическом рынке достигла 65%, а более 90% фармацевтических фабрик стали производить лекарственные средства из импортных компонентов. В настоящее время фармацевтический рынок продолжает оставаться импортно-ориентированным. По оценкам специалистов, сегодня Россия импортирует 90% потребляемых лекарств. Практически отсутствует производство субстанций, предприятия на 95-97% используют для производства готовых лекарственных средств импортные компоненты. В различных источниках констатируется, что за последние годы не было зарегистрировано ни одно принципиально новое отечественное лекарство, а появление новых лекарственных средств связано с реализацией наработок прошлых лет [39].

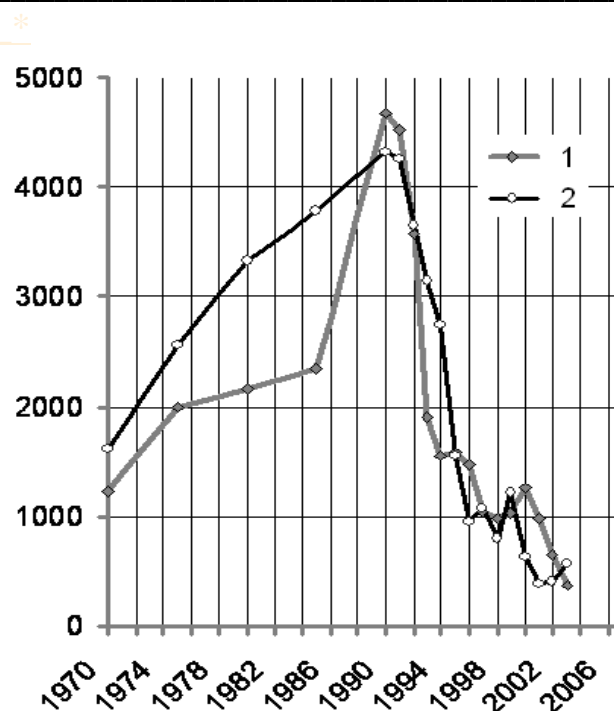
В результате цены на многие виды фармацевтической продукции многократно увеличились. Кроме того, по данным МВД, на российском рынке сейчас существуют около 2,5 тыс. оптовых фармацевтических компаний (тогда как в Великобритании и Франции, например, работают три или четыре национальных дистрибьютора) [40], что приводит к многократным «накруткам» стоимости лекарств: пока лекарство дойдет до аптеки оно проходит через руки нескольких посредников (табл.3.11).

По данным опроса ВЦИОМ, проведенного в сентябре 2009 г. [41], в настоящее время 45% россиян регулярно покупают лекарства (13% постоянно, 32% часто). Еще четыре года назад таких респондентов было значительно меньше (36%). В полтора раза больше стало тех, кого не устраивает ситуация с лекарствами, сложившаяся в его населенном пункте (с 38% до 64%). Главной претензией россиян можно считать недоступность нужных лекарств – на это пожаловалось 52% респондентов. В марте 2005 г. (после монетизации льгот) отмечавших ухудшение ситуации на аптечных полках было всего 27%. Причем, если тогда, судя по ситуации на фармрынке, под доступностью подразумевалось наличие препаратов в аптеках (точнее, их отсутствие), то сейчас, когда жалоб на дефицит нет, говоря о недоступности, респонденты подразумевают цены на лекарства.



**Рис. 3.6. Производство отдельных видов лекарственных препаратов в РСФСР и РФ, тонн**

1 – Салициловые препараты  
2 – Сульфаниламидные препараты



**Рис. 3.7. Выпуск антибиотиков и витаминов в РСФСР и РФ, тонн**  
1 – антибиотики; 2 – витамины

Источник: Кара-Мурза С., Глазьев С., Батчиков С. Белая книга реформ или что реформаторы сделали с экономикой России

**Таблица 3.11.**

**Средние потребительские цены на отдельные виды медикаментов**  
(на конец года; рублей; 1995 г. - тыс. руб.)

	1995	2000	2005	2007	2008
Метамизол натрия (Анальгин отечественный), 500 мг, за 10 таблеток	1,04	2,57	2,82	2,83	3,51
Ацетилсалициловая кислота (Аспирин отечественный), 500 мг, за 10 таблеток	0,86	1,58	1,81	2,02	2,51
Дротаверин (Но-шпа), 40 мг, за 100 таблеток	...	96,02	157,06	159,32	174,61
Нитроглицерин, 0,5 мг, за 10 таблеток	0,27	3,18	4,56	4,48	6,24
Валокордин, капли за 20 мл	2,71	27,96	45,61	47,54	52,07
Корвалол, капли за 25 мл		5,42	7,61	7,52	10,56
Валидол, 60 мг, за 10 таблеток	0,86	2,98	3,49	3,77	4,57
Йод, за 10 мл	1,21	3,21	4,27	5,72	11,73

Как отмечают социологи, чаще других на недоступность медикаментов сетуют малообеспеченные россияне и граждане старше 45 лет. Особенно драматично складывается ситуация для пенсионеров, среди которых 72% считают, что лекарства стали им менее доступны по цене. Недоступность платных лекарств породило широкое распространение практик отказа от лечения. Если в 1996 г. 20,6% взрослых пациентов готовы были купить лекарства за любую цену, то спустя 3 года таких уже было 14,2%. А число пациентов, которым пришлось отказаться от покупки лекарств, за эти же годы удвоилось с 7,5% до 15%. Кстати, данные мониторинга в Москве в 2000 г. показали, что даже среди врачей 40% опрошенных не могут приобрести своим детям нужные лекарства из-за дороговизны [42].

Принятый в начале 2010 г. Закон «Об обороте лекарственных средств» призван, прежде всего, сделать ценообразование на фармацевтическом рынке более прозрачным, а также удержать рост цен на жизненно необходимые препараты.

Новый документ определяет перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС), к которым относится более 5 тыс. торговых наименований. Максимально допустимые отпускные цены производителей внесены в специальный перечень и зарегистрированы в Росздравнадзоре. Пересматривать цены допускается не чаще чем раз в год, при этом надбавка не должна превышать уровень инфляции. Кроме того, планируется установить предельные оптовые и розничные надбавки, которые не превысят 30% от цены производителя и будут варьироваться в зависимости от цены препарата (чем он дешевле, тем выше наценка).

Использование предельных цен на лекарства давно практикуется во многих странах мира. Например, в Германии эта система была внедрена еще в 1989 г., в Нидерландах – в 1991-м, в Швеции, Дании и Новой Зеландии – в 1993-м, в Италии – в 1996-м, в Австралии – в 1998-м [43]. Однако в этих странах законы о госрегулировании цен на лекарства принимались в большинстве случаев в интересах страховых компаний, которым становилось удобнее покрывать расходы своих клиентов на их приобретение. В России система медицинского страхования находится в недоразвитом состоянии и редко какая страховка сегодня покрывает расходы на лекарства.

Эксперты прогнозировали, что новый Закон может привести и к ряду негативных последствий, таких как дефицит лекарственных средств и сокращение ассортимента аптек [44]. В среднем, по оценкам, установка предельной цены должна снизить стоимость ряда препаратов на 5-15%. Но эксперты не сомневались, что многие препараты, входящие в перечень

ЖНВЛС, цены на которые в соответствии с новым законом устанавливает государство, станут попросту невыгодными для дистрибуции, а потому можно прогнозировать снижение объемов закупок. Производители лекарств могут пойти на свертывание производства отдельных нерентабельных торговых марок. Суть в том, что предельная цена лекарства будет формироваться чиновниками, исходя из его прошлогодней стоимости. При этом надо учесть, что большая часть лекарственных средств в России – импортные, а те, что производятся в стране, часто изготавливаются с применением ввозимого сырья. Таким образом, если цена на импортную составляющую в течение года возрастет, производство лекарства по заранее установленной стоимости станет убыточным. Некоторые отечественные производители уже решили остановить выпуск отдельных лекарственных средств. Например, компания «Дальхимфарм» отказалась от производства атропина и еще от 25 номенклатурных позиций, а компания «Палисан» прекратила выпуск витамина Е. Кроме того, ряд экспертов не исключали, что для аптек может быть невыгодна торговля лекарствами с фиксированной наценкой и они могут просто переключиться на торговлю более рентабельными препаратами, не вошедшими в перечень. В итоге может произойти просто вымывание дешевых лекарств из ассортимента.

К концу 2010 г. опасения экспертов во многом подтвердились. Так, если еще несколько лет назад доля лекарственных препаратов стоимостью менее 30 рублей занимала в аптечном ассортименте 24%, то в 2010 г. – только 6,5%. Доля препаратов стоимостью от 30 до 50 рублей на глазах сократилась с 19,1% до 3,9% [45]. Новый год принес новые осложнения: рост страховых взносов (с 14% до 34%), резкое повышение тарифов на тепло и электроэнергию (в среднем на 15%) при сохранении установленных государством цен на препараты, отнесенные к перечню ЖНВЛС, привели к тому, что во многих регионах страны аптечный бизнес стал убыточным. В наиболее тяжелом положении оказались аптеки небольших и отдаленных населенных пунктов, которые и раньше работали в убыток либо с трудом сводили концы с концами. По оценкам экспертов, при сохранении нынешней ситуации к июлю 2011 г. свое существование из-за нерентабельности могут прекратить до 30% российских аптек, к концу года эта цифра увеличится до 50%.

При этом в законе нет ни слова об «орфанных препаратах», жизненно необходимых больным с редкими заболеваниями, которыми страдает приблизительно пять миллионов человек, и среди них много детей [46] (ряд генетических, наследственных и онкологических заболеваний).

### **Санаторно-курортное лечение, организация оздоровительного отдыха**

Особым элементом советской системы здравоохранения, выступающим в качестве эффективного средства профилактики заболеваний, а также реабилитации и укрепления здоровья после лечения, были санаторно-курортные организации, дома и пансионаты отдыха, туристские базы. За период с 1990 г. их число резко уменьшилось (с 7431 в 1990 г. до 4484 в 2008 г.) (табл.3.12).

**Таблица 3.12.**

#### ***Санаторно-курортные организации, организации отдыха и туристские базы***

	1990	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Всего</b>	7431	5582	4876	4795	4708	4602	4579	4457	4490	4519	4484
в них коек (мест), тыс.	1299	807	754	760	761	788	796	766	762	748	753
Из общего числа организаций:											
санатории и пансионаты с лечением (для взрослых и детей)	1176	1173	1192	1231	1279	1294	1319	1297	1321	1309	1361
в них коек (мест), тыс.	297	256	288	301	333	340	341	340	354	350	359
санатории-профилактории	2251	1641	1196	1161	1039	938	889	851	807	788	765
в них коек, тыс.	188	127	107	107	99	96	93	94	90	86	90
дома и пансионаты отдыха	542	405	394	387	352	347	364	239	237	218	186
в них мест, тыс.	172	105	90	91	64	80	92	57	54	52	44
базы отдыха	2969	1903	1880	1819	1853	1838	1813	1820	1863	1956	1904
в них мест, тыс.	387	226	228	227	234	243	232	238	226	228	230
туристские базы	493	460	193	173	157	158	169	181	194	185	202
в них мест, тыс.	255	92	41	32	29	27	38	25	26	23	21
Из числа санаториев и пансионатов с лечением - детские санатории <sup>1)</sup>	619	570	528	536	553	575	579	588	580	570	569
в них коек, тыс.	81	71	82	87	107	104	112	119	123	117	118



Наиболее всего подверглась сокращению сеть санаториев-профилакториев (с 2251 до 765), домов и пансионатов отдыха (с 542 до 186), баз отдыха (с 2969 до 1904), туристских баз (с 493 до 202).

В результате сокращения числа организаций отдыха, резкого подорожания путевок, а также транспорта, населению стали недоступны многие виды услуг в сфере отдыха. Общая численность лечившихся и отдохнувших в санаторно-курортных организациях и организациях отдыха за период 1990-2008 гг. снизилась с 32728 тыс. до 11031 тыс. (табл.3.13).

**Таблица 3.13.**

**Численность лечившихся и отдохнувших в санаторно-курортных организациях, организациях отдыха и на туристских базах (тыс. человек)**

	1990	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Всего лечилось и отдыхало</b>	<b>32728</b>	<b>7376</b>	<b>8873</b>	<b>8644</b>	<b>9137</b>	<b>9002</b>	<b>9711</b>	<b>10281</b>	<b>10493</b>	<b>10763</b>	<b>11031</b>
из них детей	...	1098	2154	2082	2419	2453	2471	2353	2236	2170	2245
в том числе лечилось и отдыхало:											
в санаториях и пансионатах с лечением (для взрослых и детей)	3209	1851	3396	3551	4165	4043	4415	4860	4942	4931	5230
из них детей	...	582	968	1083	1347	1389	1479	1505	1331	1301	1379
в санаториях-профилакториях	3136	1516	1461	1385	1259	1172	1288	1418	1368	1357	1393
в домах и пансионатах отдыха	2801	969	1435	1252	1107	1207	1437	711	827	873	710
из них детей	...	248	318	238	229	251	258	123	139	139	116
на базах отдыха	2052	867	1934	1883	2125	2174	2220	2709	2795	3054	3104
из них детей	...	268	450	426	501	478	415	416	485	451	440
на туристских базах	20949	1967	585	504	442	316	320	314	344	346	365
из них детей	...	...	137	89	97	97	87	72	66	64	77

Система детских оздоровительных учреждений в РСФСР для детей была основана на сети загородных «пионерских лагерей», где дети могли провести летнее время на природе и получить оздоровительное питание. С 1990 г. число загородных оздоровительных учреждений резко сократилось (табл.3.14). В 1990 г. их насчитывалось 5,3 тыс., 1996 г. – 3,1 тыс., а в 2008 г. – 2,4 тыс. В 1990 г. в загородных лагерях отдохнуло 3,4 млн. детей, а в 2008 г. – 1,4 млн.

**Таблица 3.14.**

**Число детских оздоровительных учреждений и численность детей, отдохнувших в них за лето, тыс.**

	1990	1996	2000	2005	2006	2007	2008
<b>Число загородных детских оздоровительных учреждений</b>	5,3	3,1	3,3	2,9	2,7	2,5	2,4
<b>Численность детей, отдохнувших в них</b>	3405,1	1774,1	2185,0	1709	1555	1476	1386

### **Удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи**

По данным социологического исследования по вопросам доступности и качества медицинской помощи, организованного Росздравнадзором [47] в 2006 г. в 7 федеративных округах Российской Федерации, каждый третий респондент не удовлетворен качеством медицинского обслуживания при оказании амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи. По мнению почти половины населения на исследуемых территориях имеет место недостаточная обеспеченность районных поликлиник врачами-специалистами нужного им профиля. Более половины населения обеспокоены высокой стоимостью лекарственных средств.

По данным ВЦИОМ [48] (2006 г.) те, у кого в семье кто-либо пользовался услугами **поликлиники** за два последних года, не довольны результатами лечения в поликлинике (49%), укомплектованностью специалистами (52%), их квалификацией (52%), а также отношением медперсонала к пациентам (54%) (табл. 3.15). Кроме того, не удовлетворены возможностями проведения необходимых анализов, лабораторных обследований (53%), оснащением кабинетов и лабораторий медицинской техникой и оборудованием (56%). Большинство

респондентов жалуются на очереди (68%), трудности с прохождением диспансеризации (62%). Респонденты скорее довольны санитарно-гигиеническим состоянием помещений поликлиник (55%) и зданий, в которых поликлиника располагается (52%).

**Таблица 3.15.**

**Удовлетворенность различными аспектами поликлинического обслуживания и больничных учреждений**

(% от тех, в чьих семьях кто-либо пользовался поликлиникой за последние 2 года или находился на госпитализации, лежал в больнице за последние 2 года)

	Поликлиники			Больницы		
	удовлетворён	не удовлетворён	затрудняюсь ответить	удовлетворён	не удовлетворён	затрудняюсь ответить
Укомплектованность специалистами	41	52	7	56	35	9
Квалификация специалистов	44	52	4	59	33	8
Оснащение медицинской техникой и оборудованием	39	56	5	44	47	9
Общее состояние здания	52	47	1	52	42	6
Санитарно-гигиеническое состояние помещений	55	41	4	58	36	6
Возможность проведения необходимых анализов, лабораторных обследований	44	53	3	57	37	6
Отношение со стороны медперсонала	43	54	3	58	36	6
Результаты лечения	43	49	8	57	35	8
Оперативность оказания услуг, отсутствие очередей	29	68	3			
Возможность быстро и без особых проблем пройти диспансеризацию	30	62	8			
Обеспечение больных лекарствами и перевязочными средствами				40	54	6

Среди респондентов, в чьих семьях за последние два года кто-либо находился на госпитализации, 56–59% в целом удовлетворены результатами лечения в **больничных учреждениях**, укомплектованностью специалистами, их квалификацией и отношением к пациентам; санитарно-гигиеническим состоянием помещений больницы; возможностью проведения необходимых анализов, лабораторных

обследований (табл. 3.15). Менее оптимистично, хотя и со знаком «плюс», воспринимается общее состояние больничных помещений (52%). Оснащение больниц медицинской техникой, оборудованием оценивается противоречиво (44% удовлетворены этим показателем, а 47% – нет). Обеспечение больных лекарствами и перевязочными средствами оставляет желать лучшего (54% респондентов высказали свое недовольство по этому поводу).

Острой проблемой является коммерциализация и фактическая приватизация медицинских услуг работниками лечебно-профилактических учреждений. Согласно 41-ой статье Конституции РФ каждый россиянин «имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь», которая «в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Однако пациентам все чаще приходится платить за медицинскую помощь. По данным Обследования здоровья москвичей [49], факт взимания платы за услуги (деньгами или подарками) отметили 42,5% жителей столицы, а 16,8% сообщили о предложении врачей купить у них лекарства (прямая продажа или рекомендация определенной фармацевтической компании). Пациенты же недостаточно информированы о своих правах и возможностях получить бесплатную медицинскую помощь. А государственные органы не проводят регулярных проверок, касающихся отношений врачей и пациентов.

Чаще всего приходится оплачивать услуги врачей специалистов (16,2%) и лабораторные анализы (15,7%), несколько реже – диагностические процедуры (12,9%). Случаи оплаты зубопротезирования, которое не входит в Базовую программу обязательного медицинского страхования и в Москве бесплатно только для льготных категорий, распространены не чаще (18,3%), чем оплата анализов и посещения специалистов (табл.3.16)

Оплата услуг в районной поликлинике осуществляется в основном в виде денег или подарков непосредственно врачу или медсестре (46%). Еще 35,3% приходится на оплату через кассу, а 18,7% – включает оба вида.

Приватизация медицинских услуг в стационарах, согласно обследованию, идет менее интенсивно, чем в поликлиниках. Это связано не только с тем, что частота обращения к ним почти в 4 раза меньше, но и с тем, что услуги стоят дороже. Из 18% респондентов, которым приходилось лежать в больнице, 48,6% не платили ни за какие-либо услуги в стационаре, а еще 9,8% оплачивали пребывание в платной больнице или платном отделении стационара. Минимальное

распространение имеют случаи оплаты за лекарства и медицинскую аппаратуру (13,1%), а также операции (15%). Почти в полтора раза чаще приходится оплачивать услуги лечащих врачей (22,4%) и больничный уход (22,9%) (табл.3.17).

Таким образом, сложилась ситуация при которой медицинские учреждения получают деньги и от государства за предоставление услуг пациентам, и с самих пациентов за те же самые услуги.

**Таблица 3.16.**

**Распространенность оплаты услуг в государственных  
поликлиниках в Москве в 2004 г.**

<b>Виды оплачиваемых услуг</b>	<b>% положительных ответов</b>
Услуги врачей специалистов	16,2
Лабораторные анализы	15,7
Лечебные процедуры, прививки	7,4
Диагностические процедуры (рентген, УЗИ, ЭКГ и т.д.)	12,9
Зубопротезирование	18,3
Получение справок	7,2
Другое	1,9

**Таблица 3.17.**

**Распространенность оплаты медицинских услуг в государственных  
стационарах в Москве в 2004 г.**

<b>Назначение платежа</b>	<b>%</b>
Лечащим врачам	22,4
За больничный уход	22,9
За операцию	15,0
За лекарства и медицинскую аппаратуру	13,1

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. Так, по данным выборочного обследования потребительских ожиданий в 2008 г. 42-46%

опрошенных респондентов хотели, но не имели возможности приобрести медицинские услуги по финансовым причинам (табл. 3.18).

**Таблица 3.18.**

***Оценка населением необходимости и возможности приобретения медицинских услуг (по данным выборочного обследования потребительских ожиданий населения в 2008 г., %)***

	<b>I квартал</b>	<b>II квартал</b>	<b>III квартал</b>	<b>IV квартал</b>
Всего респондентов	100	100	100	100
Собираются приобрести в ближайшее время	6,9	6,7	6,8	6,9
Хотят приобрести, но не могут, в том числе:	47,4	44,9	43,5	44,4
из-за недостатка финансовых средств	45,8	43,2	41,7	42,9
по другим (нефинансовым) причинам	1,8	1,7	1,8	1,5
Не испытывают потребности в приобретении	45,6	48,4	49,7	48,7

