

Глава 3. Здоровоохранение

3.1 Здоровоохранение как отрасль социальной сферы

Право человека на охрану и укрепление здоровья закреплено основными законодательными актами. Понятие «здовоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Здовоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью. Государственный характер здовоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Оптимизация системы здовоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства.

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

В концептуальном плане стратегические и тактические задачи охраны здоровья населения базируются на создании «общественной системы здовоохранения», 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:

- сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны;
- 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 помощи.

3.2. Финансирование отрасли здравоохранения

Медицинская система в стране напоминает падчерицу, к тому же нелюбимую: смотрят на нее косо, кормят, но только так, чтобы не умерла с голоду. Это пошло еще со времен Сталина. Однажды известный медик Н.А. Семашко, будучи наркомом здравоохранения, попросил у вождя прибавку к жалованью для работников системы. На что Сталин сказал: «Хорошего врача прокормит народ, а плохому - так и надо». Эти слова стали лозунгом на долгое время: медицина финансировалась по остаточному принципу.

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.).

Таблица 3.1.

Государственные расходы на здравоохранение на одного жителя в пересчете по паритету покупательной способности, долл. США в 2004 г.

Россия	358
Латвия	482
Литва	633
Эстония	571
Венгрия	937
Польша	559
Чехия	1259
Франция	2382
Германия	2440
Италия	1812
Великобритания	2209
Норвегия	3406
Швеция	2400

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

Первичный прием больного в поликлинике областного центра оплачивается страховой компанией в размере 23 руб. 80 коп., вторичный прием – 18 руб. 76 коп., консультация кандидата медицинских наук – 37 руб.

85 коп.¹ Стоимость койко-дня стационарного лечения составляет 10-15 долл., то есть ниже стоимости пребывания в любой заурядой районной гостинице. Для сравнения, в Литве этот показатель составляет 45 долл., в западноевропейских странах - 200-300 долл. (причем оплачивается преимущественно государством), а в США – как минимум 600 долл. Это те деньги, которые нужны для оказания качественной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий.

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.

Иная картина складывается в России. Объем государственных расходов в 2006 году составлял 3,6% ВВП. Примерно на таком уровне же находятся развивающиеся страны со средним доходом (например, Бразилия – 3,6%). 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 Латинской Америки, государство обещает за эти деньги западноевропейский набор услуг - в результате человеку без денег и «блата» фактически не гарантировано ничего.

Однако дело не только в нехватке средств. Малые деньги, которыми располагает российское здравоохранение, используются крайне нерационально.

¹ Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское Здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета – Высшая школа экономики

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.).

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
Россия	75	127	130
Болгария	96	92	102
Румыния	107	130	160

WHO World Health Report, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf

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 тратят на здравоохранение 16% ВВП (по

абсолютному размеру это больше, чем весь ВВП России), но имеют крайне 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.

Следует констатировать, что в России в настоящее время происходит распад единой системы здравоохранения. В каждой территории есть своя структура. При этом существуют значительные различия в организации государственного финансирования и управления здравоохранением в разных субъектах Российской Федерации. Размеры государственного финансирования здравоохранения в Москве в 2004 г. составили около 7,0 тыс. руб. на человека, что в 2 раза выше, чем в среднем по Российской Федерации. По этому показателю Москва находится на третьем месте, уступая лишь Ямало-Ненецкому и Ханты-мансийскому автономным округам (рис. 3.1.).

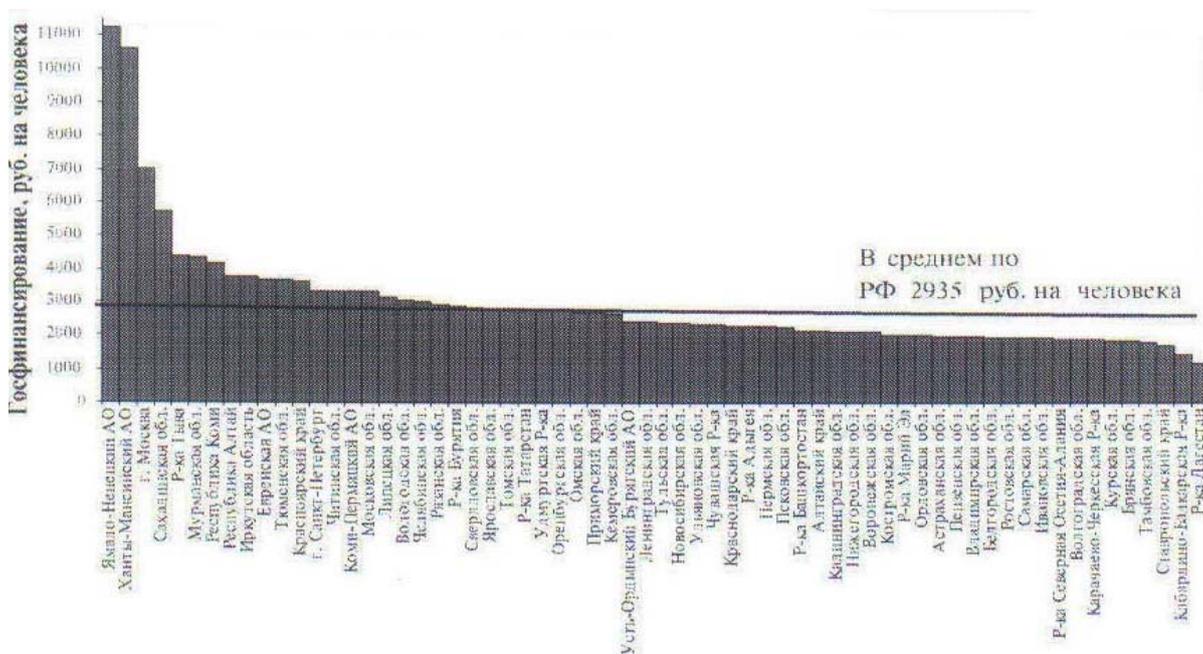


Рис. 3.1. Размеры государственного финансирования территориальных программ госгарантий в субъектах РФ в 2004 г., руб. на человека

Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. Отв. ред. С. В. Шишкин. Авт. коллектив: Г. Е. Бесстремляная, А. С. Заборовская, В. А. Чернец, С. В. Шишкин. М.: Поматур, 2006.

Вместе с тем прогресс в развитии региональных систем здравоохранения определяется не наличием большого объема финансовых ресурсов в регионе. Так ни один из выше перечисленных регионов, включая и Москву, не попал в группу лидеров по уровню развитости механизмов финансирования и управления здравоохранением (подробнее см. ²). В Москве высокий уровень развития механизмов финансирования регионального здравоохранения сочетается со средним уровнем развития государственного управления здравоохранением, высокой инновативностью и большим ВРП. Лидеры по уровню развитости механизмов финансирования и управления здравоохранением — это регионы со средним по стране объемом ВРП: Воронежская область, Красноярский край, Новосибирская область, Ростовская область, Самарская область, Свердловская область. Важнее оказывается наличие политической воли к проведению реформ, управленческий потенциал, накопленный ранее опыт организационно-управленческих инноваций.

3.3. Организация и управление лечебными учреждениями

Обеспеченность населения медицинскими учреждениями

Выделяют следующие основные типы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), функционально связанных 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);

² Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. Отв. ред. С. В. Шишкин. Авт. коллектив: Г. Е. Бесстремьяная, А. С. Заборовская, В. А. Чернец, С. В. Шишкин. М.: Поматур, 2006.

- 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% населения пользуются ею). Однако основные средства российского здравоохранения вкладывались в стационарную медицинскую помощь. На долю стационарной помощи до недавних пор приходилось 60-70% объема расходов на здравоохранение против 35-50% в странах с передовыми системами здравоохранения. 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.

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

За период с 1990 г. по 2004 г. происходило некоторое увеличение числа амбулаторно-поликлинических учреждений (табл.3.3.). Этот процесс шёл в основном за счёт существенного роста числа негосударственных и сокращения государственных поликлиник. Однако к 2006 г. число амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось на 3300 по сравнению с 2004 г. (за счет резкого уменьшения числа государственных учреждений) и на 2700 по сравнению с 1990 г.

Таблица 3.3.

Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений различных форм собственности в России

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс.), из них:	21,5	21,1	21,3	21,3	21,4	21,5	22,1	21,8	18,8
государственные		20363	19044	18944	18751	18581	18298	17172	13583
негосударственные		703	1724	1884	2144	2400	3209	4043	4649
отделения негосударственных немедицинских организаций			486	520	508	486	577	568	560
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену	217,3	235,1	243,2	245,4	247,8	248,7	251,3	256,9	256,4

Здравоохранение в России, 2005. М. Росстат. 2006

Здравоохранение в России, 2007. М. Росстат. 2008

Российский статистический ежегодник 2007.М. Росстат. 2007

В столице в 2006 г медицинская помощь оказывалась населению в 1599 амбулаторно-поликлинических учреждениях. По сравнению с 1992 г. их число увеличилось практически в 2 раза (с 854 до 1599) (рис.3.2.). При этом суммарная мощность амбулаторно-поликлинических учреждений Москвы

составила 356 посещений на 10000 населения (2005 г. – 351; 2004 г. — 352; 2003 г. — 347; 2002 г. — 346; 2001 г. — 348; 2000 г. - 352).

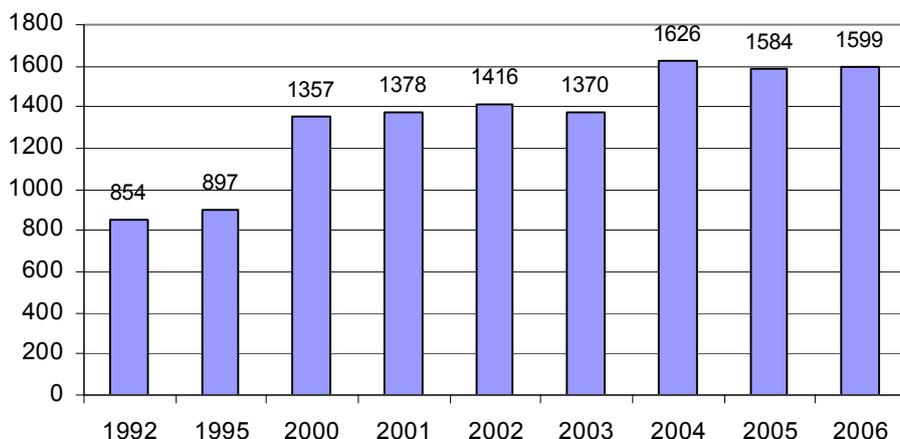


Рис. 3.2. Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений в Москве

Московский статистический ежегодник 2007. Мосгорстат. 2007

Стационарная медицинская помощь

Структурная перестройка здравоохранения с целью повышения преимущества медицинских учреждений касается, прежде всего, стационаров ³. 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.

³ Григорьев К.И., Пилюгин В.В. Организация здравоохранения в России. Аналитический обзор. 2005

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.

Поскольку для российского здравоохранения поставлена задача смены акцентов с лечения на профилактику, то в последние 16 лет происходило сокращение объемных показателей сети стационаров (табл.3.4.). Число больничных учреждений в стране сократилось в 1,7 раз. Количество больничных коек на 10 тыс. жителей в 2006 г. составило 79,5% от уровня 1990 г., но все равно остается высоким по сравнению с западными странами (рис.3.3).

Таблица 3.4.

**Больничные учреждения в России
(на конец года)**

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

Здравоохранение в России, 2007. М. Росстат. 2008

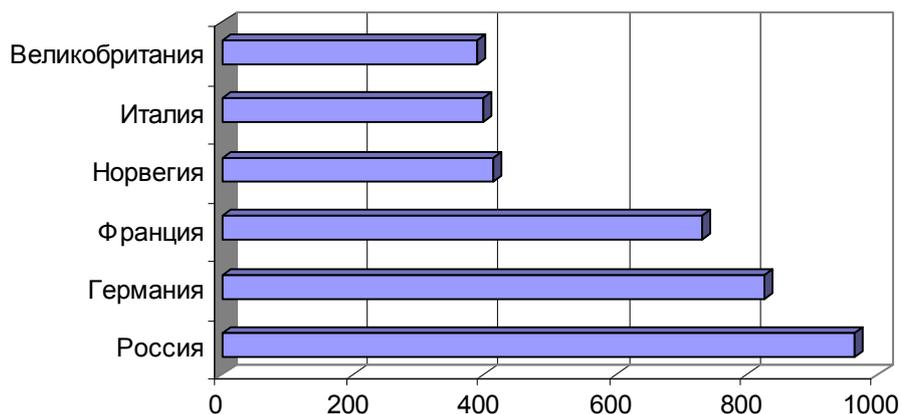


Рис.3.3. Число больничных коек на 100000 населения
European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Таблица 3.5.

**Больничные учреждения в Москве
(по системе Минздравсоцразвития РФ)
(на конец года)**

	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число больничных учреждений - всего	198	193	189	189	189	189	194	195	195
в том числе:									
городские больницы	67	63	61	58	58	57	57	57	57
детские городские неинфекционные больницы	10	10	10	9	9	9	8	8	8
больницы для инфекционных больных	8	8	8	8	8	8	8	8	8
больницы для больных туберкулезом	2	2	2	2	2	2	2	2	2
прочие специализированные больницы	16	16	16	15	15	15	15	15	8
родильные дома	22	20	19	19	19	19	19	19	19
психиатрические, психоневрологические, наркологические больницы	15	15	15	15	15	15	15	14	14
диспансеры, имеющие стационары	17	17	17	17	17	16	19	18	17
прочие больничные учреждения	41	42	41	46	46	48	51	54	62

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

Уменьшение количества больничных учреждений в Москве не было столь заметно: с 198 в 1992 г. до 189 в 2000-2003 г. Но, начиная с 2004 г., их число начало расти (за счет увеличения численности диспансеров, имеющих

стационары и прочих больничных учреждений) и составило 195 в 2006 г. При этом за период с 1992 г. по 2006 г. число городских больниц сократилось с 67 до 57, детских городских неинфекционных больниц – с 10 до 8, прочих специализированных больниц – с 16 до 8, родильных домов – с 22 до 19 (табл.3.5).

Обеспеченность населения столицы больничными койками составляет 101,1 койку на 10 тыс. населения, включая койки дневного пребывания в стационаре (для сравнения в 1992 г. – 120,9 без коек дневного пребывания).

Несмотря на снижение показателя обеспеченности больничными койками, уровень госпитализации практически не уменьшается, а в столице даже имеет тенденцию к росту (табл.3.6 и рис.3.4). Госпитализация составляет на 100 жителей 22 случая в среднем по стране и 18 в столице, что заметно выше, чем в некоторых развитых западных странах (табл.3.7). Средняя продолжительность стационарного лечения в нашей стране 14-16 дней 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 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 3.6.

Использование коечного фонда в больничных учреждениях в России

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

Здравоохранение в России, 2007. М. Росстат. 2008



Рис. 3.4. Число больничных мест и численность лиц, госпитализированных в больничные учреждения (на 100 человек населения) в Москве

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

Таблица 3.7.

Показатели развития здравоохранения по данным Всемирной организации здравоохранения, 2006 г.

Страны	Уровень госпитализации на 100 жителей	Средний срок госпитализации, дней
Россия	22,2	13,6
Латвия	23,14	9,7
Литва	23,23	10,0
Эстония	18,83	7,8
Венгрия	24,78	7,9
Польша	17,66	6,7
Чехия	21,85	10,8
Италия	14,97	7,6
Норвегия	18,75	7,2
Швеция	15,6	6,3
В среднем по ЕС	18,03	9,17

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 существенного падения в середине 90-х годов в столице в последнее время отмечается неуклонное наращивание численности врачей всех специальностей (рис. 3.5).

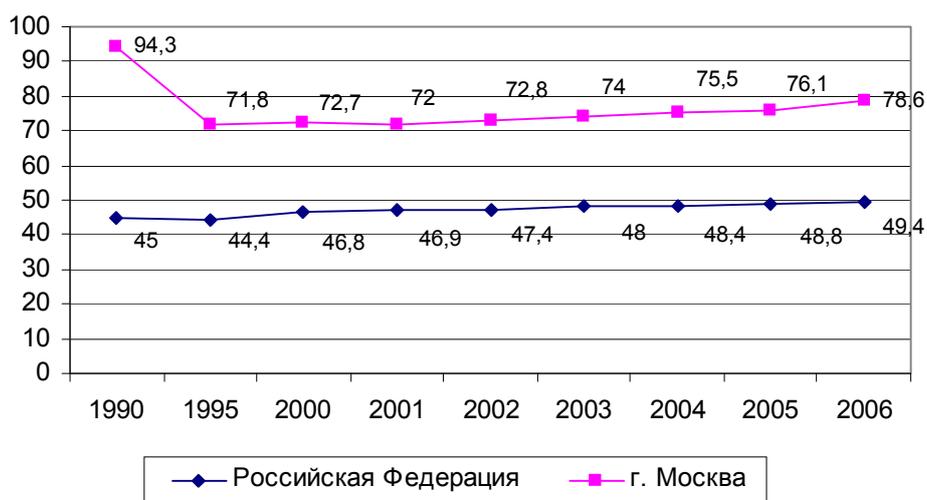


Рис. 3.5. Численность врачей на 10 тыс. человек населения в России и Москве

Регионы России. Социально-экономические показатели – 2007. М. Росстат 2007

В настоящее время Москва находится на третьем месте в числе субъектов РФ по числу врачей на 10 тыс. населения, уступая лишь Санкт-Петербургу и Чукотскому автономному округу. При этом обеспеченность медицинскими кадрами превышает аналогичный показатель в некоторых государствах мира в России в 1,5-2 раза, а в столице в 2-3 раза (табл. 3.8).

Однако наличие врачей должно подкрепляться средним медперсоналом, по количеству которого столица отстает от среднероссийского показателя и занимает 13 место с конца среди субъектов РФ (рис.3.6). При этом обращает на себя внимание тенденция к существенному снижению в последние годы обеспеченности москвичей специалистами со средним медицинским образованием (на 65% за период 1990-2006 гг.). Более всего уменьшилась

численность фельдшеров - в 2,4 раза и акушерок – в 1,7 раз по сравнению с 1992 г.

Таблица 3.8.

Обеспеченность медицинскими кадрами

Страна	Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения)
Австрия	33,8
Болгария	36,0
Великобритания	21,3
Финляндия	31,9
Франция	33,4
Венгрия	32,0
Канада	21,0
Швеция	32,6
Япония	20,6
США	26,7
Россия	49,4
Москва	78,6

Здравоохранение в России, 2005. М. Росстат, 2006



Рис. Численность среднего медицинского персонала на 10 тыс. человек населения в России и Москве

Регионы России. Социально-экономические показатели – 2007. М. Росстат, 2007

Таким образом, анализ обеспеченности населения медицинскими кадрами показывает нарастающую диспропорцию соотношения врачей и среднего медицинского персонала. Если в 1990 г. в столице на 1 врача

приходилось 1,7 специалиста со средним медицинским образованием, то в 2006 г. этот показатель составил 1,3. В среднем по России ситуация намного лучше – 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—1:5⁴.

Прямым следствием недостаточного обеспечения сестринским персоналом ЛПУ является снижение качества оказания медицинской помощи пациентам. Положение усугубляется тем, что в течение последних лет в столице 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. В Москве соответственно – 1,4 и 1,5. Совмещение должностей широко используется в системе здравоохранения в качестве основного способа обеспечить приемлемый уровень оплаты труда медицинских работников. Однако высокий уровень совмещения может иметь ряд негативных последствий: ущерб здоровью медицинского персонала, снижение качества работы и эффективности медицинской помощи, или производительности труда.

⁴ Денисов И.Н., Мелешко В.П. Медицинские кадры России // Проблемы соц. гигиены и история медицины. 1996. № 2; О.П. Щепин, В.Б. Филатов и др. Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт // Проблемы соц. гигиены и история медицины. 1998. № 3.

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 9,9% (педиатров) и 23,5% (терапевтов) против 45-55% в западных странах. Для Москвы эти показатели равны 8,3% и 23,9% соответственно.

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 2006 г.) возросла среди мужчин с 23% до 28,5%, женщин с 19,8% до 25,5%, в целом среди мужчин и женщин – с 20,5% до 26,1%. 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.Рошалья ⁵ квалификационную категорию имеют только 53,8% врачей, около 40% врачей первичного звена не проходили повышения

⁵ Л. Рошаль. Ситуация остается критической. Российская Федерация сегодня. №21. 2006. Общественно-политический журнал Федерального собрания – парламента РФ

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. Для переподготовки врачей первичного звена (педиатров, терапевтов, врачей общей практики) в рамках Национального проекта «Здоровье» на 2006 г. выделено 200 млн. руб. на обучение 6318 врачей первичного звена, а на 2007 г. – 300 млн. руб. на обучение 7530 врачей. Подготовка врачей общей практики планируется по программе двухлетней ординатуры или программе переподготовки 500-800 часов, при условии, что специалист имеет стаж работы не менее 8-10 лет. Планы хорошие, но вызывают большие сомнения в возможности их реализации. Кроме того, допускаются случаи подготовки врачей общей практики из участковых и прочих специалистов на 144-часовых циклах повышения квалификации (когда по 2-3 дня врачи обучаются разным специальностям) с выдачей сертификата, что недопустимо. Все это говорит об отсутствии четкости и последовательности действий со стороны Минздравсоцразвития и Минобрнауки России в области подготовки специалистов первичного звена ⁶.

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

⁶ Решение комиссии общественной палаты Российской Федерации по вопросам здравоохранения (2006 год). <http://www.soo-urfo.ru/palats/news/?region=6&id=37&type=2&palatsid=1>

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% ⁷. 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.

⁷ Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20 декабря 2006 г. N 0100/13589-06-32 "Об усилении государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ЛПУ". <http://www.garant.ru/prime/20070207/4084089.htm>

Таким образом, основные проблемы здравоохранения сводятся к следующему:

1) Хроническое недофинансирование отрасли: в связи с этим - низкая материально-техническая база подавляющего большинства учреждений, низкая зарплата медицинских работников, недофинансирование по медикаментам, питанию, капитальному ремонту, оборудованию и т.д.

2) Низкая эффективность имеющихся ресурсов:

- существенная диспропорция в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи;

- необоснованно высокий уровень госпитализации и длительность пребывания больных в стационаре.

3) Проблемы обеспеченности медицинскими кадрами:

– диспропорции в обеспеченности населения медицинскими кадрами: врачами и средним медицинским персоналом; врачей первичного звена и специалистов

– кадровый дефицит в лечебно-профилактических учреждениях, особенно первичного звена;

– падение престижности профессии медицинского работника и нежелание молодых специалистов работать по профессии.

4) Проблемы качества труда медицинских работников:

– отсутствие мотивации в качественном и интенсивном труде, внедрении современных технологий, профилактической работе, профессиональном росте, так как труд оплачивается государством вне зависимости от объема, качества, эффективности и социальной значимости;

– невозможность осуществлять свои профессиональные функции по причине изношенности материально-технической базы, несоответствия уровня ее оснащенности современным требованиям, неадекватного соотношения врачей и медицинских сестер;

– отсутствие действенной системы контроля за качеством и результатами труда медицинских работников;

В заключение необходимо отметить, что 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 жизненные сферы 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 – копеечные 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.

3.4. Оценка населением качества и доступности медицинской помощи

Социологические исследования по вопросам доступности и качества медицинской помощи, организованные Росздравнадзором⁸ в 2006 г. в 7 федеративных округах Российской Федерации, выявили ряд недостатков в организации медицинской помощи на различных уровнях ее оказания.

Оказалось, что каждый третий респондент неудовлетворен 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.

⁸ Протокол заседания коллегии №2 от 31.10.2007г. от 21.12.2007

По данным ВЦИОМ⁹ (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. 3.9). Кроме того, не удовлетворены возможностями проведения необходимых анализов, лабораторных обследований (53%), оснащением кабинетов и лабораторий медицинской техникой и оборудованием (56%). Большинство респондентов не считают, что услуги оказываются оперативно и очереди отсутствуют (68%), а также что можно быстро и без особых проблем пройти диспансеризацию (62%). Респонденты скорее довольны санитарно-гигиеническим состоянием помещений поликлиник (55%) и зданий, в которых поликлиника располагается (52%).

Таблица 3.9.

Удовлетворенность различными аспектами поликлинического обслуживания

(% от тех, в чьих семьях кто-либо пользовался поликлиникой за последние 2 года)

	удовлетворён	не удовлетворён	затрудняюсь ответить
Укомплектованность специалистами	41	52	7
Квалификация специалистов	44	52	4
Оснащение кабинетов и лабораторий медицинской техникой и оборудованием	39	56	5
Общее состояние здания, помещения, в котором располагается поликлиника	52	47	1
Санитарно-гигиеническое состояние помещений поликлиники	55	41	4
Оперативность оказания услуг, отсутствие очередей	29	68	3
Возможность проведения необходимых анализов, лабораторных обследований	44	53	3
Отношение к пациентам со стороны медперсонала	43	54	3
Возможность быстро и без особых проблем пройти диспансеризацию	30	62	8
Результаты лечения	43	49	8

⁹ <http://wciom.ru/archives/thematic-archive/info-material/single/3350.html?L%5B0%5D=0%252&cHash=9d89860ed4>

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 обследовании (табл. 3.10). 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).

Таблица 3.10.

Удовлетворенность различными аспектами больничных учреждений
(% от тех, в чьих семьях кто-либо находился на госпитализации, лежал в больнице за последние 2 года)

	удовлетворён	не удовлетворён	затрудняюсь ответить
Укомплектованность специалистами	56	35	9
Квалификация специалистов	59	33	8
Оснащение больницы медицинской техникой, оборудованием	44	47	9
Обеспечение больных лекарствами и перевязочными средствами	40	54	6
Общее состояние здания, помещения, в котором располагается больница	52	42	6
Санитарно-гигиеническое состояние помещений больницы	58	36	6
Возможность проведения необходимых анализов, лабораторных обследований	57	37	6
Отношение к пациентам со стороны медперсонала	58	36	6
Результаты лечения	57	35	8

Обращаясь за медицинской помощью, москвичи сталкиваются с двумя основными проблемами: низким качеством услуг медицинских учреждений и

недоступность медицинских услуг и лекарств из-за нехватки денежных средств ¹⁰.

Качественная медицинская помощь — это своевременная помощь. Однако типичной чертой здравоохранения стали длинные очереди к врачам. Они возникают, во-первых, из-за недостатка финансирования: объём оплачиваемых государством услуг ограничен, он ниже потребности населения. Во-вторых, из-за дефицита кадров, т.к. существующего количество врачей недостаточно, чтобы обслужить всех пациентов

Таблица 3.11.

Оценка москвичами деятельности различных видов лечебно-профилактических учреждений и центров

Виды лечебно-профилактических учреждений	% ответивших респондентов	Средняя оценка*
Амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники для взрослых, подростков, детей)	78,2	3,1
Женские консультации, центры планирования семьи	23,8	3,4
Консультативно-диагностические центры	19,0	3,9
Консультации психологов и психиатров	5,9	3,3
Стационары, включая дневные	26,6	3,4
Реабилитационные центры и отделения	5,4	3,6
Скорая медицинская помощь	34,4	3,6
Аптеки	87,9	4,2
Отделения медицинской и социальной помощи на дому	5,4	3,3

* по 5-ти балльной шкале: 5- полностью удовлетворен; 1- совсем не удовлетворен.

Всем посетившим амбулаторно-поликлинические учреждения в течение последних 5 лет (более 70% участников обследования) было предложено оценить по 5-балльной шкале (1 - очень плохо, 5 - очень хорошо) три показателя, характеризующие качество предоставляемых поликлиниками услуг: обеспеченность специалистами, квалификация врачей и отношение медперсонала. Наиболее остро стоит проблема с обеспеченностью врачами

¹⁰ Сбережение народа (под ред. Н.Римашевской). М.: Наука. 2007; Бочкарева В. Деятельность учреждений здравоохранения и медицинское страхование (на примере Москвы). <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/306912/print.html>

(табл.3.12). Если у квалифицированного врача есть возможность работать в негосударственном секторе (который хорошо развит в Москве), где загрузка меньше, а оплата выше, то он делает соответствующий выбор. Лучшее дело обстоит с квалификацией врачей, но сама средняя оценка - 3,2 - невысока.

Население Москвы не удовлетворено работой здравоохранения в целом (табл.3.11). Об этом свидетельствуют оценки качества услуг различных медицинских учреждений. Выше 4 баллов (при 5-ти балльной шкале) получили лишь аптеки, которые имеют не только разветвленную сеть, но и конкурентную среду. Из лечебных учреждений на первом месте консультативно-диагностические центры с оценкой - 3,9 балла. На втором месте скорая медицинская помощь и реабилитационные центры (с оценками 3,6 балла). Амбулаторно-поликлинические учреждения, которые пользуются самым массовым спросом, получили самую низкую оценку – 3,1 балла.

Таблица 3.12.

**Оценка москвичами некоторых аспектов
организации работы в районных поликлиниках**

Оценка от 1 до 5 (баллы)	Обеспеченность специалистами	Квалификация врачей	Отношение медперсонала
1 (очень плохо)	17,0	9,6	14,4
2	18,1	11,8	13,8
3	37,1	39,1	30,1
4	19,2	29,7	30,4
5 (очень хорошо)	8,7	9,8	11,3
Итого	100,0	100,0	100
Средняя оценка	2,8	3,2	3,1

Опрос позволил выявить основные проблемы, с которыми москвичам приходится сталкиваться при обращении за помощью в районные поликлиники: почти 85% респондентов, ответивших на этот вопрос, отметили, что вынуждены были тратить время в длительных очередях (табл.3.13). При этом многие (44,2%) приходят задолго до открытия

поликлиники, чтобы записаться или попасть к врачу на прием. Из них основная часть (более 2/3) не является пенсионерами, для которых время ожидания в очереди можно было бы отнести скорее к привычке, чем к вынужденной необходимости. Проблема очередей - дополнительное свидетельство того, что в муниципальных поликлиниках наблюдается дефицит врачебных кадров.

Таблица 3.13.

***Распространенность некоторых проблем
в московских районных поликлиниках***

Проблемы	% положительно ответивших
Долго ждать в очереди	84,7
Приходить задолго до открытия	44,2
Платить за услуги (деньгами или подарками)	42,5
Врачи предлагали купить у них лекарства	16,8

Факт взимания платы за услуги (деньгами или подарками) отметили 42,5% москвичей, а 16,8% сообщили о предложении врачей купить у них лекарства (прямая продажа или рекомендация определенной фармацевтической компании) (табл.3.13). Можно говорить о коммерциализации и фактической приватизации медицинских услуг работниками лечебно-профилактических учреждений. 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.3.14)

Таблица 3.14.

Распространенность оплаты услуг в государственных поликлиниках в Москве

Виды оплачиваемых услуг	% положительных ответов
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

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 больничным уход (22,9%) (табл.3.15).

Таблица 3.15.

Распространенность оплаты медицинских услуг в государственных стационарах в Москве

Назначение платежа	%
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. 15% московских домохозяйств из-за нехватки денежных средств отказались от стоматологической помощи; 13,5% - не смогли купить необходимые лекарства; еще столько же - оплатить поездку в дом отдыха, санаторий или детский оздоровительный лагерь; 8,4% не смогли получить амбулаторное, поликлиническое лечение; 7,4% - стационарное лечение (табл.3.16).

Таблица 3.16.

Распространенность отказов от необходимой медицинской помощи и лекарств из-за нехватки денежных средств среди московских домохозяйств *

Виды отказов	%
Не смогли получить амбулаторное, поликлиническое лечение	8,4
Не смогли получить стационарного лечения: в больнице, госпитале, клинике	7,1
Не смогли получить стоматологическую помощь	15,1
Не смогли купить необходимые лекарства	13,5
Не смогли поехать в дом отдыха, санаторий, детский оздоровительный центр	13,5

по данным обследования РМЭЗ, проведенного в 2004 г.