



Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Россия провозгласила независимость двенадцатого июня 1990 г. Согласно конституции 1993 г., Россия — демократическое федеративное государство с республиканской формой правления. Государственную власть осуществляет президент, избираемый раз в четыре года, и парламент (Федеральное Собрание), состоящий из двух палат — Государственной Думы, которая предлагает и принимает законы, и Совета Федерации, который их одобряет.

Население

В апреле 2001 г. население России составляло 144,8 млн. человек; с 1992 г. оно уменьшается из-за того, что смертность постоянно превышает рождаемость. Примерно 40% естественной убыли населения восполняется переселенцами из бывших республик Советского Союза. Население стареет: доля тех, кто моложе 15 лет, упала с 22,9% в 1991 г. до 19% в 1999 г., а доля тех, кто старше 64 лет, возросла с 10,2 до 12,5%. Последовавший за обретением независимости экономический спад сильно повлиял на уровень жизни: в 1999 г. доходы 29% населения были ниже прожиточного минимума.

Средняя продолжительность жизни

Продолжительность жизни — одна из самых низких в Европе, особенно среди мужчин: за последние 15 лет она колебалась от 61,4 года в 1998 г. до 58,5 года в 2001 г. У женщин продолжительность жизни менялась не так резко и в 2001 г. составляла 72,1 года.

Рис. 1. Общий объем финансирования здравоохранения в России, ряде других стран и в среднем по Европейскому союзу и странам бывшего СССР, % ВВП



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

За этими цифрами, однако, скрываются огромные различия между регионами: разница в продолжительности жизни (суммарно мужчин и женщин) в разных регионах достигает 16 лет.

Основные причины смерти

Первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы; по смертности

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30
Факс: +45 39 17 18 70
Электронная почта: observatory@who.dk
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

от них Россия опережает все страны Европейского региона. За ними идут травмы и отравления; смертность от них также самая высокая в Европейском регионе. Полагают, что во многом это результат злоупотребления алкоголем. Материнская смертность, хотя и снижается год от года, остается одной из самых высоких в Европе (39,7 на 100 000 новорожденных в 2000 г.). Детская смертность (16—20 на 1000 новорожденных) — напротив, одна из самых низких в странах бывшего СССР, хотя заметно выше, чем в западноевропейских странах.

Новейшая история здравоохранения

В советское время система здравоохранения основывалась на принципах, разработанных Н. А. Семашко. С середины 1980-х гг. начался поиск новых методов организации и финансирования здравоохранения, которые были призваны повысить рентабельность и качество медицинского обслуживания. Был создан так называемый новый хозяйственный механизм (1987—1991 гг.), испытанный в Санкт-Петербурге, Кемерове и Самаре. Он давал медицинскому руководству более широкую свободу действий и финансовую самостоятельность, а также вводил новые механизмы финансирования. Успех эксперимента побудил другие регионы взять его за образец, однако экономический кризис 1991 г. положил этому конец. После того как Советский Союз распался на отдельные государства, озабоченность низкой экономической эффективностью здравоохранения и острая нехватка средств побудили начать радикальные реформы, в первую очередь финансовую.

Направления реформ

Реформы сосредоточились прежде всего на финансировании, экономической эффективности и децентрализации. Их основным звеном, призванным послужить решению всех трех задач, стало введение системы обязательного медицинского стра-

хования (ОМС), дополняющей бюджетное финансирование. Систему ОМС учредил закон 1991 г., переработанный в 1993 г. Кроме того, Министерство здравоохранения начало реформы в области подготовки врачей общей практики, самостоятельности руководства больниц и поликлиник, оплаты труда медицинского персонала, планирования и нормирования. Все это должно было устранить последствия многих лет жесткого бюрократического руководства — децентрализовать управление и финансирование, добавить к клиническому мышлению экономическое, повысить эффективность и добиться того, чтобы здравоохранение лучше отвечало потребностям населения.

Расходы на здравоохранение и ВВП

Оценки доли ВВП, идущей на финансирование здравоохранения, сильно различаются. Согласно базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, в 2000 г. эта доля составляла 2,9%, однако если включить расходы частных лиц (официальные и неофициальные) и затраты ведомственного здравоохранения, то оценка увеличится до 6,5—7%.

Краткое содержание реферата

Глубокие и разносторонние реформы здравоохранения начались в эпоху общественного переворота и были в значительной мере вынужденными. В начале реформ управление было децентрализовано, роль Министерства здравоохранения в планировании, регулировании и управлении резко ограничена. Как оказалось, справиться с новыми задачами сумели далеко не все регионы, децентрализация же обернулась угрозой распада системы здравоохранения на множество разрозненных частей. Реформа финансирования ставила задачей перестроить всю прежнюю систему, однако удалось это далеко не везде.

Труднейшей проблемой остаются государственные гарантии медицинской помощи, выполнять которые приходится в условиях острой нехватки бюджетных и страховых средств. Изначально предполагалось, что средств, которые позволит сэкономить реформа, хватит на обеспечение гарантированного объема помощи, однако этот расчет не оправдался. Положительный результат реформ состоит в том, что врачи и руководители медицинских учреждений осознали роль экономических факторов в медицине, приобрели организационные и управленческие навыки.

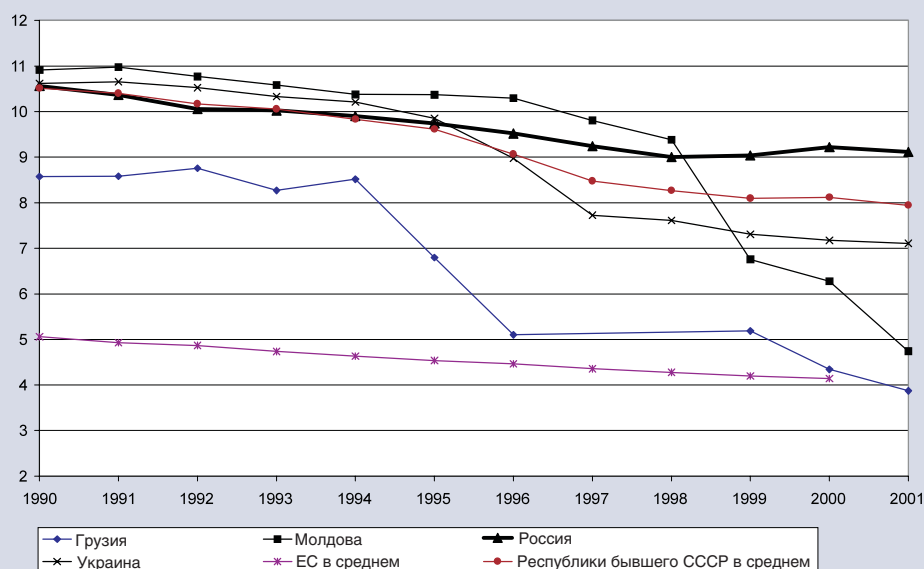
Организационная структура и управление

В России три уровня власти — федеральная, региональная (субъекты Российской Федерации) и муниципальная; соответственно построена и система здравоохранения. На федеральном уровне Министерст-

во здравоохранения определяет политику для всей страны, номинально сохраняя право следить за деятельностью регионов и решениями, которые там принимаются. Между тем регионы, расширяя свои полномочия, все меньше склонны следовать указаниям Министерства. Медицинское обслуживание на региональном уровне представлено высокоспециализированными медицинскими учреждениями и рядом федеральных целевых программ (по диабету, туберкулезу и т. д.).

Правительства субъектов Российской Федерации во многом самостоятельны: они распоряжаются региональными медицинскими учреждениями, включая больницы общего профиля, детские больницы, инфекционные, психиатрические и другие; в их ведении также около четверти учреждений первичного медицинского обслуживания и 70% диагностических центров. В ведении городских муниципальных властей обычно многопрофильная больница для взрослых, детская больница, специализированные больницы и больницы скорой помощи, а также большинство поли-

Рис. 2. Число больничных коек на 1000 населения в России и других странах, 1990–2001 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

клиник и учреждений первичного медицинского обслуживания. В сельских районах, как правило, есть центральная больница с поликлиникой при ней, еще несколько поликлиник и амбулатории.

Примерно 15% амбулаторных учреждений и 6% больниц являются ведомственными. Многие из них доступны теперь на платной основе.

Российская Академия медицинских наук независима от Министерства здравоохранения и занимается медицинскими исследованиями, поддерживая традиционный разрыв между научно-практической и преподавательской работой.

Система обязательного медицинского страхования, введенная в 1993 г., разделила поставщиков и покупателей медицинских услуг: были основаны федеральный и территориальные фонды ОМС (по одному на каждый субъект Федерации). Федеральный фонд регулирует деятельность 89 территориальных и обеспечивает равенство финансовых условий в регионах. Территориальные фонды отвечают за сбор страхо-

вых взносов и обеспечение населения договорным набором медицинских услуг.

Другой ключевой элемент системы медицинского страхования — страховые компании, выступающие в роли независимых плательщиков. Они получают средства от территориальных фондов ОМС и покупают медицинские услуги для застрахованных лиц.

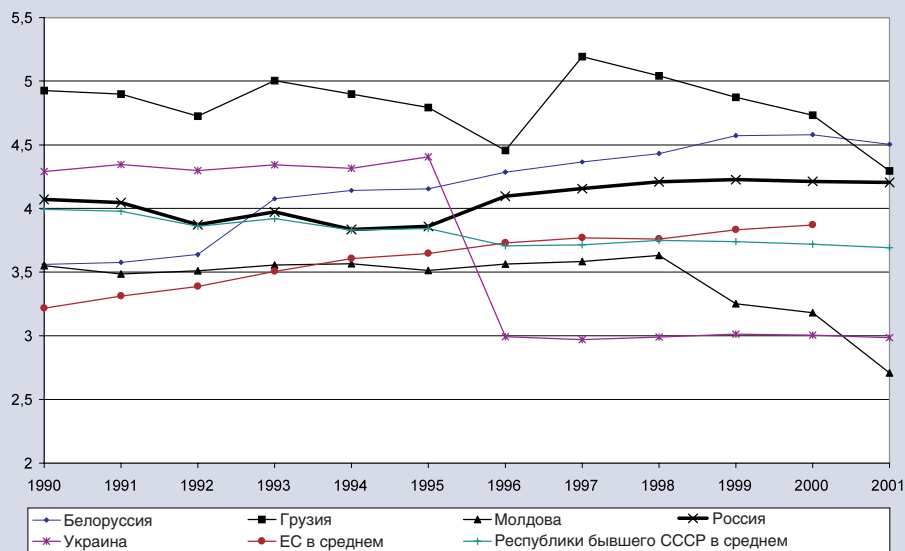
Частный сектор развит слабо; исключения составляют торговля лекарственными средствами, стоматология и офтальмология.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

Финансирование здравоохранения смешанное — из фондов ОМС и бюджетных

Рис. 3. Число врачей на 1000 населения, в России и других странах, 1990–2001 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

средств. Фонды ОМС получают средства от работодателей, которые отчисляют им 3,6% фонда оплаты труда. Помимо этого из местного бюджета выделяются средства на оплату страховых взносов неработающего населения (дети, безработные, пенсионеры и т. д.). Эти взносы распределяются по страховым компаниям, которые затем заключают с медицинскими учреждениями договоры о медицинском обслуживании застрахованных.

Бюджетные средства поступают как из федерального, так и из региональных бюджетов. Вклад федерального бюджета невелик и продолжает падать, в 1999 г. он составлял чуть менее 5% общего финансирования. Эти средства идут на подготовку медицинских кадров, исследования, мероприятия в области общественного здравоохранения, крупные капиталовложения и специализированную медицинскую помощь. Вклад региональных бюджетов составляет около 45%; лишь малая часть этой суммы (в 1999 г. она составляла около 5% общего финансирования) идет на оплату страховых взносов неработающего населения, основная же часть расходуется на непосредственную оплату медицинских услуг.

Страховые взносы, отчисляемые работодателями за работающее население, составляют около 16% общего финансирования, а остаток, составляющий приблизительно 34%, покрывается прямыми платежами населения.

Эти цифры — средние по стране; за ними скрываются весьма существенные различия в схемах финансирования. В частности, одни регионы выплачивают взносы за неработающее население, тогда как другие оплачивают их медицинское обслуживание непосредственно, как в дореформенную эпоху.

Дополнительные источники финансирования

Частично платное медицинское обслуживание официально не предусмотрено; взимать плату разрешено только за лекарст-

венные средства с амбулаторных больных, большинство вспомогательных приспособлений и протезов, стоматологическую помощь, простые офтальмологические услуги и за то, что не входит в основной набор медицинских услуг. Однако в последние годы объем платных услуг сильно возрос — отчасти из-за роста цен на лекарственные средства, а отчасти потому, что пациенты вынуждены оплачивать лечение, затраты на которое не в состоянии покрыть установленные законом источники средств. Учреждения берут деньги за услуги, которые официально бесплатны, поскольку не могут возместить свои расходы из официально предоставляемых средств. Правительство вынуждено мириться с этой не вполне законной практикой, поскольку не способно обеспечить необходимое финансирование. Кроме того, почти повсеместно распространена незаконная плата персоналу из рук в руки.

Набор медицинских услуг

Гарантия бесплатного медицинского обслуживания в любом необходимом объеме не была отменена после обретения независимости — напротив, она была подтверждена новой конституцией и законом о медицинском страховании. Первой попыткой федерального правительства пересмотреть свои обязательства стала принятая в 1998 г. «Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». Не затрагивая самого набора бесплатных медицинских услуг, программа пыталась привести его в соответствие с имеющимися средствами. Ее целью было определить, каких средств требует бесплатное медицинское обслуживание, как их собирать и распределять. Кроме того, она должна была способствовать реструктуризации медицинского обслуживания, его повороту от специализированного к первичному. На сегодняшний день, однако, лишь немногие регионы воспользовались программой для реструктуризации, и результаты обычно зависят от политической обстановки.

Затраты на здравоохранение

Приводимая базой данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ величина расходов на здравоохранение, 2,9% ВВП, значительно занижена. По более реалистичным оценкам, с учетом прямых платежей населения и затрат ведомственного здравоохранения, она ближе к 6,5—7%.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Структура медицинского обслуживания мало изменилась с советских времен. Первичное медицинское обслуживание осуществляется несколькими способами.

В сельской местности медицинские или фельдшерско-акушерские пункты (один примерно на 4000 человек) проводят иммунизацию, медицинские осмотры и простейшие исследования, а также осуществляют ведение беременности и наблюдение за новорожденными. Сельские медицинские центры обслуживают большее население (около 7000 человек) и осуществляют все виды первичного медицинского обслуживания: иммунизацию, массовые осмотры, лечение легких заболеваний и наблюдение за больными с хроническими заболеваниями.

В городе первичное медицинское обслуживание обеспечивают поликлиники, укомплектованные терапевтами и вспомогательным персоналом. Кроме того, в поликлинике обычно есть несколько специалистов, обеспечивающих специализированное обслуживание на амбулаторной основе (хотя грань между первичным и специализированным обслуживанием, как правило, нечеткая). В городах есть также медицинские пункты, аналогичные сельским, специализированные детские и гинекологические поликлиники и, наконец, поликлиники на предприятиях.

Большинство врачей, которые занимаются сегодня первичным медицинским обслуживанием, получили образование в советское время и воспринимаются обществом как часть прежней системы, оставившей по себе далеко не лучшие воспоминания. Введение трехлетнего курса последилового образования по специальности «врач общей практики» было первым шагом к укреплению первичного медицинского обслуживания; ожидается, что благодаря этому возрастет качество медицинской помощи и доверие населения к ней. Чтобы способствовать развитию первичной медицинской помощи, основанной на общей (семейной) практике, Министерство здравоохранения в постановлении от 1999 г. определило требования к подготовке врачей общей медицинской практики, их права и обязанности, указало правовые, организационные и финансовые механизмы, на которых должна основываться семейная медицина.

Общественное здравоохранение

Санитарно-эпидемиологическая служба, которая играла основную роль в общественном здравоохранении в советский период, во многом сохраняет ее и сегодня, несмотря на то что оказалась не готова ни к усложнению эпидемической обстановки, ни к работе с неинфекционными заболеваниями.

В 1992 г. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (институт, подчиненный Министерству здравоохранения) начал работу по улучшению технического, организационного и научного обеспечения мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Была создана эпидемиологическая база данных, проведен ряд экспериментальных программ, осуществлены оценка их эффективности и меры по широкому внедрению. В ходе этой деятельности установлены партнерские отношения со службами здравоохранения Канады, Швеции и США, но здесь еще предстоит долгий путь развития.

Используя подготовленные в 1994 г. (с помощью Канады) и 1997 г. (с помощью США) программные документы, Министерство здравоохранения разработало в 1998 г. «Концепцию охраны и укрепления здоровья населения России», в которой попыталось определить потребности в области укрепления здоровья, но не указало четкие цели и способы их достижения.

На протяжении 1990-х гг. Европейское региональное бюро ВОЗ усиленно пропагандировало программу «Здоровье для всех»; однако ее реализация все еще впереди.

Анализ российских документов по общественному здравоохранению показывает, что хотя государство признает необходимость реформы, ее цели четко не определены, а пути решения указаны еще более расплывчато. Нет ясности даже в том, что такое общественное здравоохранение, причем большинство полагает, что с его ролью вполне могут справиться врачи, в первую очередь в системе первичного медицинского обслуживания.

Специализированное обслуживание

Унаследованная от советских времен структура, организованная по территориальному принципу, почти не изменилась. Перечислим ее основные учреждения.

Небольшие, на 25—50 коек, *участковые больницы* предоставляют простейшую стационарную помощь сельскому населению. В *районных больницах* на 100—700 коек оказываются медицинские услуги по всем основным терапевтическим и хирургическим направлениям. Тех, кто не нуждается в госпитализации, обеспечивают специализированной помощью районные поликлиники.

Областные больницы принимают сложных больных по направлению от районных больниц и поликлиник. В них есть специализированные и высокоспециализированные отделения всех направлений.

Есть отдельные детские больницы и поликлиники, в которых оказывают все виды специализированной и высокоспециализированной педиатрической помощи, а также специализированные акушерско-гинеколо-

гические стационары, куда поступают наиболее сложные случаи.

Поликлиники на предприятиях предоставляют ряд специализированных амбулаторных услуг; в редких случаях на предприятиях имеются и стационары. Специализированное обслуживание в ведомственном здравоохранении (в различных министерствах) обычно также большей частью амбулаторное. Наиболее заметное исключение — Министерство обороны, обеспечивающее медицинские нужды армии, оно имеет собственные госпитали. Некоторые другие министерства тоже предоставляют специализированное, иногда даже высокоспециализированное обслуживание. Большинство таких учреждений теперь предоставляют часть своих услуг (как правило, незначительную) более широким слоям населения по договорам медицинского страхования.

Больницы и поликлиники федерального уровня предоставляют наиболее сложные медицинские услуги в больших, высокоспециализированных учреждениях, сосредоточенных главным образом в Москве. Нередко они объединены с исследовательскими институтами соответствующего профиля.

Санатории и реабилитационные центры были неотъемлемой частью советской системы здравоохранения, здесь получали лечение трудящиеся с определенными заболеваниями. В некоторых регионах для этого существуют специализированные реабилитационные центры.

Дневные стационары впервые появились в 1990-х гг. Это отделения при больницах и поликлиниках, предназначенные для врачебных вмешательств, требующих однодневной госпитализации.

Все эти учреждения по-прежнему остаются государственными и подчиняются властям соответствующего уровня. Частный сектор развивается, но пока еще очень невелик. Среди частных учреждений — платные поликлиники, диагностические центры и очень небольшое число больниц.

Развитие специализированной и высокоспециализированной помощи явно избыточно. В 2000 г. на 1000 населения при-

ходилось 9,2 больничной койки — самый высокий показатель в Европе, в два с лишним раза превышающий средний по Европейскому союзу. С 1980 г. число коек несколько снизилось.

В России самое высокое число госпитализаций в год среди стран бывшего Советского Союза и одно из самых высоких в Европе — 20 на 100 населения. По средней продолжительности госпитализации Россия также впереди всех стран Европейского региона, исключая Азербайджан, и значительно обгоняет страны Западной Европы. Несмотря на то что число больничных коек очень велико, занятость их одна из самых высоких в Европейском регионе (почти 86%).

Руководство здравоохранением осознает избыточность коечного фонда, но у Министерства здравоохранения нет права закрывать больницы, находящиеся в ведении региональных и местных органов власти. Надежда на то, что введение медицинского страхования поможет устранить этот перекос, до сих пор не оправдалась.

Большинство больниц и поликлиник находится в плачевном состоянии, средств на ремонт не хватает, оборудование устарело и зачастую неисправно.

Медико-социальная помощь

Медико-социальную помощь населению к концу советского периода оказывал в основном Красный Крест, который финансировался из добровольных пожертвований и отчасти государством. Отсутствие средств в годы экономического кризиса, последовавшего за распадом Советского Союза, привело к исчезновению этой системы. Медико-социальная помощь сократилась до минимума. Его задачи выполняет здравоохранение: долговременным стационарным обслуживанием хронических и психических больных, а также престарелых занимаются обычные больницы. Действенной системы помощи инвалидам с физическими и умственными недостатками не существует.

Очень немногочисленные дома для престарелых, существующие за счет средств социального обеспечения, малодоступны,

а условия жизни в них неудовлетворительны. С 1993 г. создаются интернаты для хронических больных и престарелых, и хотя работают они успешно, мест в них явно недостаточно. Долговременная госпитализация таких больных чаще всего осуществляется в обычные больницы.

Частных учреждений социального обслуживания на сегодня не существует.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

В Советском Союзе всегда было много медицинских работников, много их и теперь. Число врачей (4,2 на 1000 населения) значительно выше среднего по Европейскому союзу. В России и других странах бывшего СССР в 1990—1995 гг. число врачей снижалось примерно с одинаковой скоростью, однако затем картина изменилась: в России их число стало быстро расти, а в других странах продолжало снижаться.

Число медицинских сестер также довольно высоко — 7,9 на 1000 населения. Много фармацевтов и стоматологов, но поскольку они все больше уходят в частный сектор, точные цифры назвать нельзя.

Чтобы получить диплом врача, нужно шесть лет учиться в медицинском институте, а для специализации требуется еще два года ординатуры. Число врачей-специалистов выше, чем в большинстве остальных европейских стран, а количество врачебных специальностей превышает 80 наименований. В 1992 г. был введен трехлетний курс подготовки врача общей практики. Медицинские сестры в поликлиниках и больницах редко способны на большее, чем выполнять простейшие врачебные назначения, их роль в клинической работе невелика.

В ряде медицинских институтов созданы факультеты высшего сестринского образования. Определенное внимание стали уделять и подготовке управленческих кадров в области здравоохранения.

Лекарственные средства

Из-за экономического кризиса, последовавшего за распадом Советского Союза,

производство лекарственных средств в России к середине 1990-х гг. сократился в пять раз, соответственно возрос импорт, а цены взлетели вверх. К концу 1990-х гг. объем производства начал расти, возросла прибыль производителей. К 1997 г. около 70% фармацевтических предприятий были приватизированы.

Основные покупатели лекарственных средств — это федеральные, региональные и муниципальные власти, больницы и поликлиники, аптеки и потребители. Система распространения лекарственных средств отличается раздробленностью. Существует около 3500 оптовых фармацевтических компаний, причем по всей стране действует менее 30 из них. В стране насчитывается 16 000—19 000 аптек, из которых 23% принадлежат региональным властям, 60% муниципальным, а 17% — частные.

Амбулаторные больные покупают лекарственные средства в аптеках за собственные деньги, госпитализированные же должны получать их бесплатно. На практике, однако, из-за нехватки средств около 80% препаратов в больницах оплачивают сами больные.

Благодаря импорту лекарства перестали быть дефицитом, но купить их могут далеко не все — многим россиянам необходимые им препараты не по карману.

После децентрализации деятельность фармацевтической отрасли регулируется как на федеральном, так и на региональном уровне. Цены на лекарственные средства регулирует Министерство здравоохранения, которое регистрирует препараты и цены на них, а также устанавливает предельную надбавку к цене производителя на федеральном и региональном уровне, хотя система контроля за надбавками (и, соответственно, ценами) не особенно действенна.

Правительство составило списки жизненно необходимых препаратов, а региональные власти составляют на их основе свои, расширенные списки. Министерства и предприятия, имеющие собственные службы здравоохранения, также составляют свои списки.

Поощряется назначение непатентованных препаратов, но этому мешают нена-

дежность поставок, настойчивая реклама патентованных средств, а также несовершенство системы страхования и возмещения затрат на лекарственные средства.

Распределение средств

Министерство здравоохранения и Министерство финансов составляют годовой бюджет здравоохранения, исходя из потребностей федеральных программ. Кроме того, они рассчитывают стоимость основного набора бесплатных медицинских услуг по стране. На этой основе для каждого региона составляются рекомендации по затратам, но силы закона они не имеют. Общий объем финансирования на региональном уровне определяется не столько рекомендациями сверху, сколько прошлогодним бюджетом медицинских учреждений.

Медицинские учреждения финансируются их двух независимых источников — бюджета (федерального и местного) и системы страхования. Это результат незавершенности реформы финансирования и причина того, что доли страховых и бюджетных средств в разных регионах сильно различаются.

Взносы работодателей в фонды ОМС определяются федеральным правительством. Взносы, которые должны вносить местные власти за неработающее население, не определяются центральной властью и сильно разнятся от региона к региону. В регионах со слабой экономикой это порождает существенные трудности; усилий, которые прилагает Министерство здравоохранения, недостаточно, чтобы справиться с растущей неравномерностью финансирования.

Финансирование больниц

Переход к системе страхового финансирования должен был повысить заинтересованность медицинских учреждений в эффективной работе. Там, где действует меди-

цинское страхование, территориальные фонды заключают договоры со страховыми компаниями, а те, в свою очередь, с медицинскими учреждениями на обслуживание застрахованного населения. Территориальные фонды возмещают затраты страховым компаниям, а те, в свою очередь, — учреждениям. Выплаты страховых компаний медицинским учреждениям зависят от числа госпитализаций, обычно по клинико-затратным группам. Страховые компании не пытаются ограничить максимальное число госпитализаций; оплата производится задним числом и повлечь на расходы больницы страховая компания не может.

Скромные результаты внедрения новых методов финансирования не в последнюю очередь определяются тем, что, по оценкам, на их долю приходится только треть финансовых поступлений в больницы.

Тем не менее положительные результаты имеются. Появились новые системы обработки клинических и финансовых данных, улучшился учет потребления стационарной помощи и клинико-затратных групп.

Оплата труда врачей

Все работники медицинских учреждений в государственном секторе получают установленный оклад; их работодателем выступает, по сути, орган власти соответствующего уровня. Трудовое соглашение определяет размер заработной платы и объем работы, то есть количество рабочих часов или смен, численность населения на участке, круг обязанностей. На заработную плату влияют прохождение курсов повышения квалификации, стаж и занимаемая должность, однако ни фактически выполненный объем работы, ни ее качество роли не играют.

Поскольку медицинские работники являются, по сути дела, государственными служащими, основные оклады утверждаются федеральным руководством и ежегодно повышаются настолько, насколько это возможно по оценкам Министерства здравоохранения и Министерства финансов. Широко применяются премии (из них

может состоять до 20% зарплаты врача), однако в отсутствие привязки к показателям качества работы они просто распределяются между всеми сотрудниками.

Реформы здравоохранения

Распад Советского Союза обнажил недостатки управления здравоохранением. Здоровье населения быстро ухудшалось на фоне экономических неурядиц 1990-х гг. Острая необходимость реформ стала очевидной.

Было ясно, что существующая система здравоохранения — дорогостоящая и неэффективная, с множеством дублирующих друг друга структур — не в состоянии справиться со все более сложными задачами. Ключевым вопросом представлялась острая нехватка финансирования. Предполагалось, что внедрение системы ОМС обеспечит дополнительный приток средств, которые дополнят бюджетное финансирование и позволят сохранить общедоступность медицинской помощи. Тем самым в центр преобразований было поставлено развитие финансирования. На сегодня можно говорить в лучшем случае о частичном успехе реформ. Вместо того чтобы дополнить бюджетное финансирование, средства ОМС частично заменили его. Страховая медицина сулила повышение экономической эффективности, однако до сих пор оно едва заметно. Причина многих недостатков — трудности внедрения сложной страховой системы и утрата единого управления из-за поспешной децентрализации.

Заключение

Реформы здравоохранения далеки от завершения, и сегодня можно говорить лишь о направлениях их развития. Целью реформ было сохранить для всех граждан равный доступ к основному набору меди-

цинских услуг. Однако это вряд ли возможно в условиях резкого экономического неравенства между регионами. Здравоохранение все больше переходит на прямую оплату из-под полы; полученные таким способом средства не включаются в общий бюджет; все это еще больше подрывает принцип общедоступности.

Там, где удалось использовать экономические стимулы, эффективность работы, может быть, и возросла, однако далеко не в той мере, как это ожидалось, — прежде всего из-за того, что закон о медицинском страховании выполняется не в полной мере.

На то, что реформы почти полностью свелись к внедрению новых механизмов финансирования, повлияло, скорее всего, убеждение в том, что коренная причина всех трудностей — это нехватка средств. В результате собственно здоровье населения, качество медицинской помощи, эффективность использования имеющихся средств отошли на второй план, перестали восприниматься как вопросы, имеющие самостоятельное значение. Сегодня перед российским здравоохранением стоит задача — суметь защитить здоровье населения, невзирая на шаткое положение и огромные трудности.

**Таблица 1. Показатели работы стационаров в странах Европейского региона ВОЗ в 2001 г. (в отсутствие данных за 2001 г. приведены самые последние из имеющихся)**

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сут	Средняя занятость койки, %
Грузия	3,9	4,3	7,4	82,0
Молдова	4,7	11,9	10,3	70,7
Россия	9,1	21,6	13,2	85,8
Украина	7,1	18,7	12,5	89,5
ЕС в среднем	4,1 ^а	18,9 ^б	7,7 ^б	77,4 ^в
Республики бывшего СССР в среднем	7,9	19,1	12,5	85,0

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Примечания: ^а 2000, ^б 1999, ^в 1998.

Авторы обзора по Российской Федерации: Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) и Сузи Лессоф (Европейская обсерватория по системам здравоохранения); в его составлении принимали участие: Юрий Комаров (Российская медицинская ассоциация), Игорь Шейман (фонд «Здравконсалт»), Сергей Шишкин (Независимый институт социальной политики), Вадим Цибульский (Центральный научно-исследовательский институт общественного здравоохранения) и Елена Варавикова (Центральный научно-исследовательский институт общественного здравоохранения). Благодарим за помощь Кирилла Данишевского (Институт «Открытое общество»). Редактор обзора — Элли Трагакес, заведующий исследовательским отделом — Жозеп Фигерас.

Обсерватория сердечно благодарит Олусоджи Адейи (Всемирный банк), Майкла Боровитца (Министерство Великобритании по международному развитию), Ольгу Кузнецову (Санкт-Петербургская академия последипломного образования), Мартину Мак-Ки (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Нату Менабде (ВОЗ), Клауса Тильмана и Микко Виенонена (ВОЗ) за помощь в подготовке обзора. Кроме того, мы хотели бы поблагодарить Микко Виенонена за помощь в написании текста. Обсерватория благодарит Министерство здравоохранения Российской Федерации за поддержку.

С полным текстом обзора можно ознакомиться на сайте www.observatory.dk.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.