

# Системы здравоохранения: время перемен

Авторы: Э. Трагакес и С. Лессоф

Редактор: Э. Трагакес

## Россия

2003



Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

## Ключевые слова

Медицинское обслуживание  
Исследования  
Финансирование здравоохранения  
Реформа здравоохранения  
Принципы организации здравоохранения — структура и управление  
Россия

### © European Observatory on Health Care Systems, 2003

Материалы данного обзора можно использовать бесплатно, но не в коммерческих целях. Права на издание обзора или его частей можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen III, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует подобные обращения.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. В обзоре использованы названия стран и районов, принятые на момент его составления.

Обзор отражает взгляды его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам здравоохранения и ее членов.

Tragakes, E. and Lessof, S. In: Tragakes E., ed. *Health care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003: 5(x).

### **Европейская обсерватория по системам здравоохранения**

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Греции

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

EUR/02/5037245 (RUS) 2003

ISSN 1020-9077 Vol. 5 No. x

## Содержание

<b>Предисловие</b> .....	<i>v</i>
<b>Благодарности</b> .....	<i>vii</i>
<b>Введение и история</b> .....	1
Введение .....	1
<b>История</b> .....	21
История России .....	21
История российского здравоохранения .....	23
<b>Организация здравоохранения и управление им</b> .....	27
Организация здравоохранения .....	27
Планирование, нормирование и управление .....	43
Децентрализация системы здравоохранения .....	59
<b>Финансирование здравоохранения и затраты на него</b> .....	65
Основная система финансирования и возмещения затрат .....	65
Набор медицинских услуг .....	90
Дополнительные источники финансирования .....	95
Затраты на здравоохранение .....	106
<b>Медицинское обслуживание</b> .....	117
Структура советского медицинского обслуживания .....	118
Первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение .....	120
Специализированное медицинское обслуживание .....	133
Удовлетворенность медицинских работников и потребителей .....	141
Социальное обслуживание .....	143
<b>Медицинские кадры</b> .....	145
Лекарственные средства и медицинская техника .....	150
<b>Распределение средств</b> .....	159

Бюджет здравоохранения и распределение средств .....	159
Финансирование больниц .....	163
Роль страховых компаний .....	164
Влияние ОМС на работу больниц .....	165
Оплата труда врачей .....	167
<b>Реформы здравоохранения .....</b>	<b>169</b>
Цели и задачи .....	169
Реформы и законы .....	170
Результаты реформ .....	185
<b>Заключение .....</b>	<b>189</b>
<b>Литература .....</b>	<b>191</b>

## Предисловие

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

Обзоры призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные элементы мозаики, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- описать процесс подготовки реформ здравоохранения, их содержание и результаты;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям разных стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Это руководство не является жестким и позволяет авторам учитывать особенности каждой страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк. Иногда составители обзоров используют разные методы сбора данных и определения, но в каждой подборке обзоров они обычно одинаковы.

Обзоры служат источником описательных данных о системах здравоохранения и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа разных систем здравоохранения. Выпуск обзоров продолжается, и все сведения будут регулярно обновляться. Мы будем благодарны за замечания и предложения по совершенствованию работы над обзорами; направить их можно по адресу: [observatory~who.dk](mailto:observatory~who.dk). Обзоры и выдержки из обзоров можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам здравоохранения: <http://www.observatory.dk>. Словарь терминов, используемых в обзорах, можно найти на сайте Европейского бюро ВОЗ: [www.euro.who.int/observatory/Glossary/Toppage](http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/Toppage).

## Благодарности

Авторы обзора здравоохранения России: Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) и Сузи Лессоф (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), а также Юрий Комаров (Российская медицинская ассоциация), Игорь Шейман (Фонд реформирования и финансирования здравоохранения «Здравконсалт»), Сергей Шишкин (Независимый институт социальной политики), Вадим Цыбульский (ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения) и Елена Варавикова (ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения). Авторы благодарят за помощь Кирилла Данишевского (Институт «Открытое общество»). Редактор обзора — Элли Трагакес. Научный руководитель обзора — Джозеф Фигерас.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит рецензентов обзора: Олусоджи Адеи (Всемирный банк), Майкла Боровитца (Отдел международного развития), Ольгу Кузнецову (Санкт-Петербургская медицинская академия последиplomного образования), Мартина МакКи (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Нату Менабде (Всемирная организация здравоохранения), Клауса Тиелмана и Микко Виенонена (Всемирная организация здравоохранения). Особую признательность за помощь в создании обзора Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает Микко Виенонену. Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит за поддержку Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Настоящая подборка обзоров серии «Системы здравоохранения — время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины. В Европейской обсерватории по системам здравоохранения коллектив создателей обзоров работает под руководством генерального секретаря Джозефа Фигераса и научных руководителей Мартина Мак-

Ки, Элиаса Моссиалоса и Ричарда Солтмана. Координатор проекта — Сузи Лессоф.

При подготовке обзора здравоохранения России административную поддержку под руководством Мириам Андерсен оказывали: Юта Лоренц, Анна Марессо, Кэролайн Уайт и Уэнди Уизбом. Распространением, изданием и тиражированием обзора руководил Джеффри Лазарус при поддержке Ширли Фредериксен, Йоханнеса Фредериксена и Фрэнка Тикстона. Отдельную благодарность авторы выражают: базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ — за предоставление данных по медицинскому обслуживанию; Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о затратах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят российские статистические службы за предоставление данных.

# Введение и история

## Введение

### Общие сведения

Россия занимает площадь 17 075 200 км<sup>2</sup> и является самой большой страной мира. Протяженность береговой линии составляет 37 653 км, сухопутных границ — 19 961 км. Россия граничит с Азербайджаном, Белоруссией, Грузией, Казахстаном, Китаем, КНДР, Латвией, Литвой, Монголией, Норвегией, Польшей, Украиной, Финляндией и Эстонией. Климат — от субтропического на юге страны и умеренно континентального в Европейской части России до субарктического в Сибири. Разнообразны и природные зоны — от степей на юге до тундр на севере. Мягкие зимы Черноморского побережья контрастируют с крайне суровыми в Сибири, а знойное лето степей — с прохладным Арктического побережья.

Леса занимают 46% территории страны, а пахотные земли — лишь 8%. Значительная часть пахотных земель расположена либо в слишком холодном, либо в слишком сухом климате. Страна богата природными ресурсами — нефтью, газом, углем, рудами, древесиной. В то же время широкому освоению природных ресурсов препятствуют суровый климат, сложный ландшафт и огромные расстояния.

Экологическая обстановка сложная: тяжелая промышленность, угольные электростанции и транспорт крупных городов загрязняют воздух, а промышленные и сельскохозяйственные отходы — внутренние воды и побережья. Природа страдает от вырубки лесов и размыва грунта. Во внешнюю среду попадают радиоактивные вещества, почвы загрязнены промышленными химикатами, а грунтовые воды — токсическими отходами.

Столица России — Москва с населением около девяти млн человек. В Российской Федерации 89 равноправных субъектов: 49 областей, 21 республика, 10 автономных округов, шесть краев, два города федерального значения (Москва и Санкт-Петербург) и одна автономная область. Реформа 2000 г. разделила страну на семь федеральных округов, ограничив власть регионального руководства.

Население России, по данным за апрель 2001 г., составляло 144,8 млн человек<sup>1</sup>. С 1992 г. численность его сокращалась, поскольку смертность была выше рождаемости (подробнее демографический кризис обсуждается в разделе «Здоровье населения»). Естественную убыль населения отчасти (примерно на 40% в конце 1990-х гг.) компенсировали миграционные потоки из бывших советских республик. В основном в Россию переезжали русские из Азербайджана, Казахстана, Узбекистана и Украины. Условно Россию можно разделить на две части: в одной численность населения растет (южные приграничные области, Европейская часть России, Урал, центральные области, Западная Сибирь), а в другой — сокращается (северные и восточные части России) (2). Население стареет: если в 1991 г. оно на 22,9% состояло из людей младше 15 лет и на 10,2% — из людей старше 64 лет, то к 1999 г. первый показатель сократился до 19%, а второй возрос до 12,5% (1).

Государственный язык — русский. Основная религия — православие (около 35—45 млн. верующих) (2). В России также много мусульман и неверующих. Национальный состав населения: русские (81,5%), татары (3,8%), украинцы (3%), чуваша (1,2%), башкиры (0,9%), белорусы (0,8%), молдаване (0,7%) и другие (8,1%) (3). В общей сложности в России зарегистрировано более 100 национальностей.

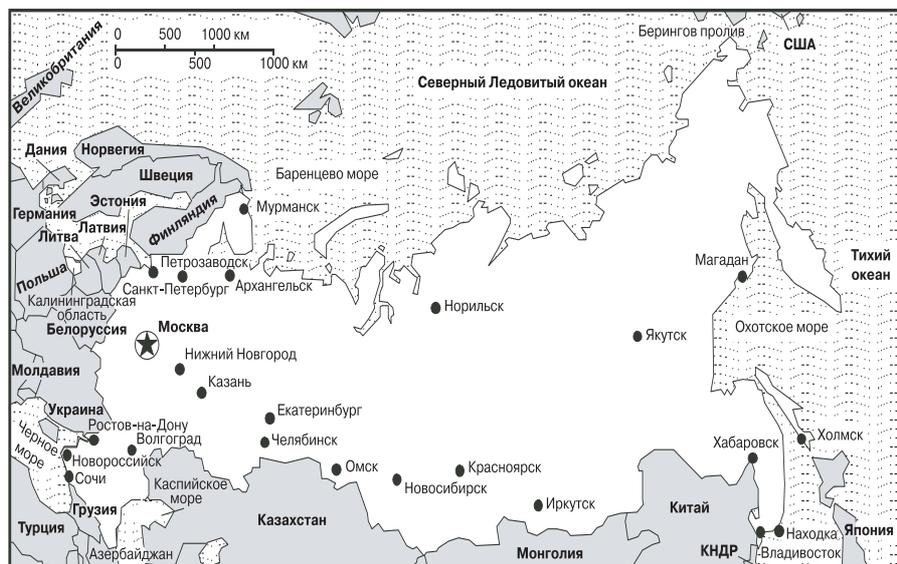
Уровень грамотности очень высок — грамотны 98,4% взрослых (данные за 1997 г.) (2). Около 60% лиц старше 16 лет имеют образование не ниже среднего. Для детей 7—17 лет образование является обязательным и бесплатным. В отчете Программы развития ООН за 1998 г. Россия по числу учащихся на душу населения отнесена к развитым странам (2). В годы независимости резко вырос спрос на бухгалтерское, экономическое, юридическое, коммерческое образование. Государственные учебные учреждения удовлетворить его не могли, и появилось множество частных учебных учреждений. По данным Министерства образования, в 2000 г. насчитывалось 400 частных высших учебных заведений, училось в них 7% студентов (1). Финансирование государственных учебных учреждений из государственного бюджета сократилось и сегодня обеспечивает лишь около трети их потребностей. Остальные средства высшие учебные заведения получают за счет платного образования — по некоторым данным, около половины студентов платят за обучение, распространены и взятки за поступление. Несмотря на устаревшие учебные программы и недостаток средств (учебников, оборудования и так далее), качество образования остается высоким.

## Политическое устройство

Россия стала независимой 12 июня 1990 г., когда Верховный Совет Российской Советской Федеративной Социалистической Республики (РСФСР) принял Декларацию о государственном суверенитете. Год спустя, 12 июня 1991 г., Б. Н. Ельцин стал первым демократически избранным российским

---

<sup>1</sup> Данные Государственного комитета Российской Федерации по статистике (Госкомстата) (1).

Рисунок 1. Карта России<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Карты, представленные в данном документе, не отражают взгляды членов Секретариата Европейской обсерватории по системам здравоохранения и его партнеров на правовой статус той или иной страны, территории, города или местности, на их власти и границы.

президентом. В декабре 1991 г. президенты России, Белоруссии и Украины подписали трехсторонний договор о распаде СССР и создании Содружества Независимых Государств (СНГ), которое сегодня включает уже одиннадцать государств из числа бывших республик СССР. 25 декабря 1991 г. президент М. С. Горбачев объявил о своей отставке и СССР официально прекратил свое существование. В этот же день вступил в силу закон «Об изменении наименования государства Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика» и страна получила название Российская Федерация (Россия).

В декабре 1993 г. в России прошли первые парламентские выборы. По новой Конституции, одобренной Всероссийским референдумом 12 декабря 1993 г., страна объявлена федеративной демократической республикой. Власть находится в руках президента, Федерального Собрания (парламента), правительства и органов судебной власти. Главу государства — президента — граждане избирают на основе всеобщего равного и прямого избирательного права. Срок правления президента составляет четыре года, президент имеет право быть избранным на два срока подряд. Конституция наделяет президента широкой исполнительной властью. Премьер-министра, председателя Центрального банка, председателя Конституционного суда президент назначает после одобрения его кандидатуры Государственной

Думой. В то же время президент имеет право распустить Государственную Думу, если она несколько раз отвергла предложенные им кандидатуры премьер-министра или дважды за три месяца объявила правительству вотум недоверия. Кроме того, президент имеет право издавать указы, которые требуют одобрения Государственной Думой. С приходом к власти в марте 2000 г. президента В. В. Путина укрепление президентской власти продолжилось.

Высший орган законодательной власти — Федеральное Собрание. В него входят две палаты: Совет Федерации (одобряет законы) и Государственная дума (предлагает и принимает законы). В Совет Федерации входят по два представителя от каждого субъекта Российской Федерации (всего 178 депутатов). В Государственную Думу входят 450 депутатов, избираемых на четыре года. Обе палаты Федерального Собрания обладают относительно слабой властью.

Судебная власть представлена Конституционным судом (решает споры, связанные с соблюдением федеральных законов, Конституции, государственных договоров и так далее) и Верховным Судом (высший орган гражданского, уголовного и административного права). Полномочия этих органов тоже относительно ограничены.

В последние годы существенный вес в качестве движущей силы реформ, направленных на стабилизацию экономики, приобрело Министерство финансов. Возросла роль Министерства экономического развития и торговли. Другие могущественные ведомства — Министерство внутренних дел, Министерство обороны и Федеральная служба безопасности.

В 1999 г. в выборах в Государственную Думу участвовали 26 политических партий (в 1995 г. их было 43). Набрать необходимые для прохождения в Государственную Думу 6% голосов удалось лишь шести из них. В основном политические партии слабые и мелкие.

Со всех точек зрения демократия в России пока не набрала силу. В значительной степени это объясняется бытующим в России убеждением, будто либеральные ценности и демократические институты не совместимы с русскими обычаями и менталитетом и улучшить жизнь в стране и ее положение в мире способны только жесткая государственная власть и строгий надзор во всех сферах деятельности. Однако распространено и противоположное мнение, в соответствии с которым Россия должна сосредоточить все усилия на развитии демократических институтов и быстрее проводить преобразования, которые помогут ей вступить в мировое сообщество и укрепят ее связи с развитыми демократическими странами (4).

## **Экономика и уровень жизни**

Новая независимая Россия столкнулась с экономическим кризисом, и это бесспорно, но точно определить его глубину трудно, поскольку экономическая статистика, вероятно, ее преувеличила. Получать и сопоставлять данные было сложно по ряду причин. Во-первых, в стремлении к совершенству было создано несколько статистических рядов. Во-вторых, каждое исследование оценивало объем теневой экономики по-разному. Тогда как Госком-

стат отвел на долю теневой экономики около 25% ВВП, изменив соответствующим образом другие показатели ВВП, в других независимых исследованиях доля теневой экономики составила целых 40% ВВП (1). Наконец, еще одной причиной слишком мрачных оценок экономического кризиса могло стать и то, что предприятия, которые при советской власти завышали сведения об объеме выпущенной продукции, теперь их занижают, поскольку сегодня они больше не получают государственных субсидий, но зато платят налоги.

В 1991 г. ВВП в реальном выражении сократился приблизительно на 12%, а инфляция еще до освобождения цен достигла трехзначных цифр. Тогда как другие страны Восточной Европы, обретя независимость, достаточно быстро оправились, в России ВВП падал еще четыре года. Причин столь резкого экономического спада несколько: издавна государство было сосредоточено на развитии промышленности, мало уделяя внимания рентабельности, влиянию на экологию, издержкам неиспользованных возможностей; торговые отношения со странами Восточной Европы распались; прежний объем вложений в сельское хозяйство сохранить было невозможно, и оно пришло в упадок; к моменту распада командно-административной экономики рыночная еще не работала; наконец, стремление к быстрым реформам столкнулось с жестким противодействием старого руководства.

С 1992 г. основными направлениями экономической политики стали освобождение цен, стабилизация экономики и вступление в мировое экономическое пространство. Однако успешно провести структурные реформы не удалось. Тогда как сегодня основная часть выпускаемой продукции и рабочих мест находится в частном секторе, государство сохранило за собой сильнейшее влияние на экономику.

Обуздать инфляцию удалось к 1995 г., и в 1997 г. экономика немного оправилась. Однако финансовый кризис 1998 г. нанес по ней новый удар: рубль был девальвирован, государство не смогло справиться со своими долговыми обязательствами. Причины кризиса — стойкий дефицит бюджета и рост государственного долга, незавершенность финансовых реформ и недостаточная поддержка реформ со стороны государства, а также падение в 1997—1998 гг. цен на основные экспортные товары (прежде всего нефть). В 1999 г. и 2000 г., с повышением конкурентоспособности рубля и ростом цен на нефть, наметился экономический взлет — прирост ВВП достиг 5,4% и 8,9% соответственно. Инфляция, темпы которой на фоне девальвации рубля ускорились, к концу 2000 г. снизилась до 20%, а государство, благодаря росту доходов от продажи нефти и налоговых сборов, похоже, обрело контроль над финансами.

Все эти положительные сдвиги позволяли надеяться на будущее экономическое благополучие страны, но в 2001 г. экономический рост замедлился, а правительство (и это еще важнее) не воспользовалось пробуждением экономики для ускорения структурных реформ. По сей день Россия испытывает серьезные трудности. Ее экономика чрезвычайно зависима от продажи сырья (нефти, газа, металлов, леса), которое составляет 80% ее экспорта, а цены на него весьма переменчивы и непредсказуемы (3); сельское хозяйст-

во находится в неопределенном положении из-за споров о собственности на землю; производственные мощности требуют срочного усовершенствования; так называемые олигархи<sup>1</sup> препятствуют структурным реформам; зарубежных инвесторов отпугивают существование олигархов, недоработки в законах о собственности (которые часто и не соблюдаются), ненадежность российских партнеров, которые не всегда исполняют обязательства по договорам, и развитая коррупция; законодательство и налоговая система крайне сложны и противоречивы; продолжается отток капитала; квалифицированные специалисты покидают страну; тревогу внушают здоровье населения и демографическая ситуация (подробно обсуждается ниже).

Переход к рыночной экономике серьезно отразился на экономическом и социальном положении населения. Экономический спад не мог не повлиять на уровень жизни — бедных людей, доходы которых не достигают официального прожиточного минимума, стало гораздо больше. В результате освобождения цен в 1992—1993 гг. доходы населения в реальном выражении сократились на 40%. В 1992 г. 33,5% населения оказалось за чертой бедности (то есть обладали доходом ниже прожиточного минимума), но в 1993 г. этот показатель сократился до 31,5%, а в 1994—1998 гг. — примерно до 21—25%. Однако в 1999 г. с финансовым кризисом этот показатель вновь возрос почти до 29% (4)<sup>2</sup>.

В первую очередь увеличение доли людей, живущих за чертой бедности, обусловлено низким уровнем заработной платы. В 1992 г. минимальная заработная плата составляла 22% прожиточного минимума, в 1995 г. — 14%, а к 1998 г. упала до 8% (4). Это означает, что более чем у 60% работников сельского хозяйства, медицины и культуры доходы были существенно ниже прожиточного минимума. Размер минимальной пенсии тоже не достигает прожиточного минимума, хотя в этом случае разница не столь велика. В 1992 г. размер минимальной пенсии составлял 85% прожиточного минимума для пенсионеров, а в 1998 г. — всего 48%.

Доход россиянина, выражаемый покупательной способностью, сегодня соответствует уровню 1897 г. в США (5).

Еще одна причина бедности населения — задолженности по заработной плате, которые имеют не только убыточные (1), но и многие успешные предприятия. Такая ситуация оказалась возможной из-за отсутствия правовой и социальной защищенности трудящихся (4). Даже в зарегистрированных по всем правилам учреждениях чрезвычайно распространены неофициальные заработные платы: по ряду оценок, они составляют около трети заработных плат (5).

---

<sup>1</sup> Это узкий круг тесно связанных друг с другом предпринимателей, которые в ходе приватизации воспользовались беспорядочностью цен и своими связями в правительстве и скупили по минимальной стоимости контрольные пакеты акций крупнейших государственных предприятий (нефтяных, газовых, металлургических, финансовых). Свои капиталы они переводят за рубеж и в экономических реформах России заинтересованы мало.

<sup>2</sup> Приведенные данные ориентировочны, поскольку методы определения прожиточного минимума менялись.

Бедность распространяется на фоне роста безработицы. По данным Международной организации труда, ее уровень в 1992 г. немного превышал 4%, в 1998 г. возрос примерно до 13%, а в 2000 г. снизился до 9% (4).

За годы независимости крайне выраженной стала неравномерность доходов населения. В 2000 г. межотраслевые различия в заработной плате были 8,4-кратными, в то время как внутриотраслевые — 30 кратными. Доходы от предпринимательской деятельности и частной собственности сосредоточены в руках узкого круга избранных, и именно это привело к столь резким различиям в благосостоянии. Материальное неравенство стало еще более заметным на фоне инфляции — сильнее всего она ударила по беднейшим слоям населения.

По данным Госкомстата, в начале 2001 г. доходы 10% самых богатых людей превышали таковые 10% самых бедных в 13,8 раз (для сравнения: этот показатель при советской власти составлял 3,5 раза). Еще один показатель: на долю 10% самых богатых людей приходится около трети совокупного дохода населения, а на долю 10% самых бедных — лишь 3% (1).

## **Здоровье населения**

Говоря о здоровье населения современной России, нельзя обойти стороной особенности здоровья населения СССР, поскольку наблюдаемые сегодня неблагоприятные изменения уходят корнями в далекое прошлое страны.

### **Период до 1991 года**

В конце XIX в. средняя продолжительность жизни в России составляла 32 года, а во Франции и в США — 47 лет. Позже разрыв увеличился: в 1938 г. средняя продолжительность жизни в России составляла 43 года, во Франции — 59 лет, в США — более 63 лет. В следующие 15 лет Россия сделала гигантский шаг вперед и сумела сгладить эти различия, а в 1965 г. средняя продолжительность жизни мужчин в России, во Франции и в США составляла соответственно 64,3, 67,5 и 66,8 года, а женщин — 73,4, 74,7 и 73,7 года (6). Сохранить эту положительную тенденцию России не удалось. Почему? Об этом рассказано ниже.

После 1918 г., когда в силу вступили принципы организации здравоохранения Н. Семашко, Россия начала борьбу с инфекциями. Были введены жесткие санитарные и противоэпидемические меры, направленные, в частности, против туберкулеза, брюшного и сыпного тифа, малярии и холеры. Среди прочего, проводили широкомасштабные бытовые профилактические мероприятия и регулярные медицинские осмотры, улучшили санитарно-гигиенические условия в городах и организовывали карантин (параллели между состоянием здоровья населения и здравоохранения проведены в разделе «История»).

Успешная борьба с инфекционными заболеваниями продолжалась все годы советской власти, и смертность от инфекционных заболеваний постоянно сокращалась: в 1960 г. она составляла 87:100 000, в 1980 г. — 21:100 000 и в 1991 г. — 12:100 000 (то есть сократилась на 86%) (7). Столь выраженного

улучшения остальных показателей здоровья населения не наблюдалось. Средняя продолжительность жизни в РСФСР (и в СССР) до 1960-х гг. росла, затем стабилизировалась и вновь стала отставать от западных стран, где ее рост не прекращался. В 1990—1991 гг. средняя продолжительность жизни мужчин была почти такой же, как и в 1960-х гг. (в 1959 г. — 63,0, в 1965 г. — 64,3 и в 1990 г. — 63,8 года), женщин — немного выше (в 1959 г. — 71,5, в 1965 г. — 73,4 и в 1990 г. — 74,3 года). Колебания смертности после 1965 г. свидетельствуют об особенно неблагоприятном состоянии здоровья мужчин (8). Так, в начале 1980-х гг. средняя продолжительность жизни мужчин отставала от таковой женщин примерно на 12 лет — больше, чем во всех странах мира (9).

В 1971 г. детская смертность составляла 22,9 на 1000 новорожденных, то есть по сравнению с уровнем дореволюционной России сократилась более чем в десять раз, а по сравнению с уровнем 1950 г. — примерно в четыре раза (следует учесть, что до середины 1990-х гг. в России критерии жизнеспособности новорожденного отличались от таковых ВОЗ; с поправкой на критерии ВОЗ показатели детской смертности в России были бы выше примерно на 20%) (10). Затем детская смертность начала расти: в 1972 г. она достигла 24,7 на 1000 новорожденных, а в 1974 г. — 27,4 на 1000 новорожденных. Другие показатели здоровья населения тоже падали, а отставание СССР от Запада становилось все более очевидным, и советские власти закрыли доступ к данным.

Различия в динамике показателей здоровья населения в России и на Западе после 1960-х гг. связаны с неспособностью советского здравоохранения должным образом реагировать на изменение эпидемиологической обстановки. Методы, которые были направлены на борьбу с инфекциями и принесли первые успехи, позже стали несостоятельны, поскольку все большее значение приобретали неинфекционные заболевания. Советская медицина строилась в основном на профилактике — массовых обследованиях и регулярных медицинских осмотрах. Эти меры, равно как и появление антибиотиков, нанесли мощный удар по инфекционным заболеваниям после Второй мировой войны. Однако профилактика советского образца не подразумевала оздоровления образа жизни, которое в условиях новой эпидемической ситуации (распространения неинфекционных заболеваний) было крайне необходимо. Понимая, что эпидемическая обстановка изменилась, руководство здравоохранением отнесло сердечно-сосудистые и прочие неинфекционные заболевания в разряд социально значимых<sup>1</sup>, но борьбу с ними увидело не в профилактике, а в лечении (7).

Сосредоточенность на лечении была не единственной бедой советского здравоохранения. Оно страдало и от недостаточного финансирования, которое оскудевало в условиях «холодной войны» — все больше средств государство направляло на вооружение (5). Советское мировоззрение не требо-

---

<sup>1</sup> Социально значимыми называли заболевания, обусловленные условиями труда и жизни трудоспособного населения. К ним относили в основном инфекционные и профессиональные заболевания, а также болезни матери и ребенка.

вало от человека ответственно относиться к своему образу жизни и бороться с вредными привычками (употреблением алкоголя, курением, неправильным питанием и так далее). Советскую медицинскую науку надежно оградили от западных достижений — советские врачи не знали не только о современных подходах к лечению, но и о новых лекарственных средствах, медицинском оборудовании, зарождающейся доказательной медицине. Фармацевтическая промышленность не развивалась, большая часть лекарственных средств ввозилась из-за рубежа. В итоге многие бесполезные методы лечения, которые на западе никогда не применяли или давно забыли, в СССР были весьма популярны. В результате люди продолжает страдать от болезней, которые можно было бы предотвратить, и умирают от болезней, которые можно было бы излечить при своевременном и правильном лечении. Соответствующие показатели остаются в России на уровне 1960-х гг., тогда как на Западе они неуклонно улучшаются.

В 1980-х гг. средняя продолжительность жизни мужчин в СССР была меньше, чем в западных странах, примерно на 10 лет, женщин — на шесть. Основной причиной этих различий служила разница в смертности трудоспособного населения. (6). В середине 1980-х гг. власти попытались изменить ситуацию (9). Они признали, что большинство устранимых причин чрезмерно высокой смертности взрослых (травмы, отравления, самоубийства, убийства, внезапная смерть, артериальная гипертония и многие другие) связаны со злоупотреблением алкоголем и с опасным поведением. Началась антиалкогольная кампания: подняли цены на алкоголь, сократили число пунктов продажи спиртных напитков, ужесточили карательные меры за пьянство (11). Кампания была задумана как средство повышения производительности труда, которая упала из-за распространения пьянства, но антиалкогольные мероприятия благотворно повлияли на здоровье населения. Государство (единственный поставщик спиртных напитков в СССР) сократило выпуск и продажу спиртных напитков более чем на две трети, ужесточило борьбу с бытовым производством крепких спиртных напитков. Была расширена и сеть медицинских учреждений, где принудительно лечили от алкоголизма.

Влияние антиалкогольной кампании на смертность превзошло все ожидания (12). За 1984—1987 гг. средняя продолжительность жизни мужчин выросла с 61,7 до 64,9 года, женщин — с 73 до 74,4 года (13). Столь резкий скачок всего за три года ни разу не был отмечен ни в одной развитой стране мира за весь послевоенный период. Удержаться на достигнутом уровне России, к сожалению, не удалось: после снятия ограничений на производство и продажу спиртных напитков в 1987 г. смертность, начиная с 1988 г., вновь стала расти. Антиалкогольная кампания носила прежде всего запретительный характер, изменением образа жизни и отучением от пьянства она не занималась.

Таким образом, в последние годы советской власти смертность населения была существенно выше, а средняя продолжительность жизни — ниже, чем на Западе, а здоровье населения, которое ухудшалось последние 20—30 лет, оказалось в критическом состоянии.

### Период после 1991 года

После распада СССР здоровье населения России стремительно ухудшалось. Столь резкое ухудшение здоровья населения и демографической ситуации, какое произошло в России в последнее десятилетие, для мирного времени немыслимо. Динамику показателей здоровья населения в этот период описывает данный раздел.

В середине 1980-х гг. коэффициент естественного прироста населения России начал снижаться, а в 1992 г. стал отрицательным (2). В 2000 г. население России составило 144,8 млн человек<sup>1</sup>, что на 3,5 млн человек меньше, чем в 1992 г. Убыль населения была бы значительнее, если бы не приток мигрантов — в первой половине 1990-х гг. в Россию переселялись русские из бывших республик СССР. Впервые смертность стала выше рождаемости в 1992 г., и с тех пор превосходит ее. До недавнего времени ежегодная смертность была выше рождаемости на 60% (2). Судя по некоторым данным, в настоящее время эта тенденция обострилась, и население сокращается еще стремительнее: в первом полугодии 2000 г. смертность была выше рождаемости на 84%, в тот же период 2001 г. — на 75% (14). Если в 1992 г. естественная убыль населения (то есть сокращение численности населения без учета миграции) составила 200 000 человек, то в последние годы она достигает 800 000—900 000 человек в год (2). Так, в первой половине 2001 г. она составила 484 900 человек, а в первой половине 2000 г. — 522 700 человек (14). Оценивать эти данные нужно с осторожностью, поскольку они могут быть неполными.

Суммарный показатель рождаемости (число родившихся на одну женщину в течение жизни) в последние годы советской власти составлял 2,2, в 1991 г. он сократился до 1,73, а в 2000 г. — до 1,2 и стал одним из самых низких в Европейском регионе (15). Он составляет лишь немногим более 50% от необходимого для воспроизводства населения, то есть 2,1. Резкое снижение рождаемости — частое явление в странах переходного периода, оно объясняется тем, что многие семьи решают повременить с рождением детей, пока не стабилизируется экономическое положение. Другая, несколько менее значимая причина — женское бесплодие, распространенность которого растет на 3% в год, прежде всего из-за распространения заболеваний, передаваемых половым путем (16).

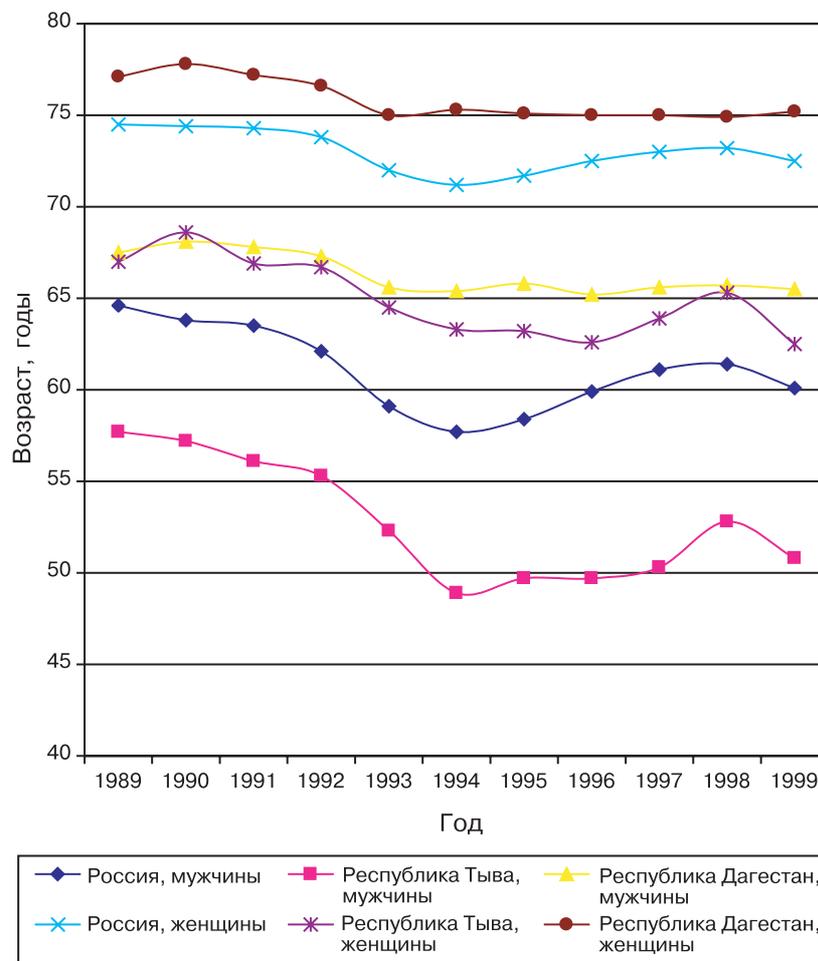
В 1990-х гг. во всех возрастных группах (кроме младенцев и детей) как среди мужчин, так и среди женщин возросла смертность. В большей мере пострадали мужчины. Особенно резко увеличилась смертность мужчин 40—49 лет — почти вдвое (на 87%) с 1990 г. по 1994 г. (4).

Средняя продолжительность жизни в России — одна из самых низких среди европейских стран. Особенно мала средняя продолжительность жизни мужчин — на 13 лет меньше чем в среднем в странах Европейского союза (2). В 1986—1987 гг., благодаря начатой президентом М. С. Горбачевым антиалкогольной кампании, средняя продолжительность жизни резко возрос-

---

<sup>1</sup> Данные Госкомстата (1).

**Рисунок 2. Средняя продолжительность жизни в России, Дагестане и Тыве в 1989—1999 гг.**



Varavikova, Health trends in Russia, 1989-1998, The regional perspective, presentation

Рисунок 3. Средняя продолжительность жизни мужчин в ряде экономических районов России, 1984—1997 гг.



J. Twigg, *Russian Health Status in the 1990s: National Trends and Regional variation*, NCEEER, Washington, DC, 2000.

ла, но достаточно скоро вновь снизилась и в 1992 г. стала такой же, как и в 1985 г. В 1993—1994 гг. она сокращалась довольно стремительно, а с 1995 г. вновь начала медленно расти. В 1990 г. средняя продолжительность жизни мужчин составляла 63,8 года, а в 1994 г. — лишь 57,6 года, то есть всего за пять лет она сократилась более чем на шесть лет. В 1988 г. она возросла до 61,39 года, но затем вновь стала падать и составила в 2000 г. 59,15 года<sup>1</sup>, а в 2001 г. — 58,5 года<sup>2</sup> (рис. 2 и 3). Таким образом, дольше 60 лет проживет лишь 54% сегодняшних шестнадцатилетних юношей (16).

Средняя продолжительность жизни женщин существенно сократилась лишь в 1994 г. — на два года по сравнению с 1990 г. (с 74,4 до 71,2 года). С тех пор она изменяется мало. В 1997 г. она была максимальной — 72,96 года, затем незначительно уменьшалась и в 2000 г. составила 72,4 года<sup>3</sup> (13), а в 2001 г. — 72,1 года<sup>4</sup>.

Самой низкой продолжительность жизни и мужчин, и женщин была в 1994 г. В начале второй половины 1990-х гг. ситуация немного улучшилась (17), но с 1988 г. вновь стала ухудшаться.

Поразительна разница между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин. Долгое время она была самой большой в Европе. Максимальной — 13,6 года — она была в 1994 г. (тогда средняя продолжительность жизни и мужчин, и женщин была минимальной), а в 2000 г. составила 13,2 года<sup>5</sup>. Следует отметить, что хотя Российские женщины живут дольше мужчин, состояние их здоровья довольно плохое, поэтому продолжительность здоровой жизни у мужчин и женщин примерно одинаковая.

Ведущая причина смерти — сердечно-сосудистые заболевания. Именно они вывели Россию на первое место в Европейском регионе по уровню смертности. По-видимому, важную роль в увеличении смертности в 1992—1994 гг. сыграло учащение случаев внезапной смерти у пьющих мужчин — молодых и среднего возраста (18) (подробнее эта тема обсуждается в следующем разделе).

Вторая важнейшая причина смерти — травмы и отравления (убийства, самоубийства, отравления спиртами и так далее). Смертность от них была максимальной все в том же 1994 г. Второе место травм и отравлений в структуре причин смерти весьма нетипично для развитых стран, обычно эти причины занимают третье место (их опережают онкологические заболевания). Позже смертность от травм и отравлений сократилась, но в России она все еще выше, чем в других странах Европейского региона (2). Мужчины умирают от травм и отравлений в 4,4 раза чаще женщин, и примерно половина

---

<sup>1</sup> Данные базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (13) и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<sup>2</sup> Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<sup>3</sup> Данные базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (13) и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<sup>4</sup> Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<sup>5</sup> Данные базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (13) и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

случаев смерти мужчин трудоспособного возраста обусловлена именно ими. Скорее всего, это связано с пьянством.

Третье место в структуре причин смерти занимают онкологические заболевания. Смертность от них росла до 1995 г., а затем начала снижаться (19). Однако эта тенденция вряд ли сохранится, поскольку связана она с временным снижением смертности от рака легкого, которое было обусловлено уменьшением распространенности курения в первые послевоенные годы (20). По сравнению с западноевропейскими странами в России ниже заболеваемость злокачественными новообразованиями среди лиц от 65 лет и гораздо выше — среди лиц младше 65 лет. Ввиду быстрого роста распространенности курения среди молодых женщин в предстоящие несколько десятилетий следует ожидать существенного повышения заболеваемости раком легкого среди женщин (21).

Материнская смертность в России — одна из самых высоких в Европе (в 2000 г. она составляла 39,7 на 100 000 новорожденных). Однако она постоянно сокращается (в 1980 г. составляла 68 на 100 000 новорожденных). Примечательно, что, несмотря на экономический кризис и тяжелое положение здравоохранения в 1995—2000 гг., материнская смертность в этот период резко сократилась: с 53,3 до 39,7 на 100 000 новорожденных (13). Главной причиной материнской смертности служат аборт (на их долю приходится 29,4% случаев смерти). В России они служат основным методом планирования семьи, а их частота выше, чем в остальных странах Европейского региона (4). Другие важные причины материнской смертности — кровотечения (13,8%) и эклампсия (12%). На каждую беременность, закончившуюся рождением ребенка, приходится две беременности, закончившихся аборт.

За последнее десятилетие детская смертность колебалась на уровне 16—20 на 1000 новорожденных (13) (данные не вполне достоверны, поскольку критерии жизнеспособности новорожденного в России до последнего времени отличались от принятых ВОЗ). Для стран бывшего СССР это весьма низкий показатель, а для европейских стран — крайне высокий. На тревожно высоком уровне находится заболеваемость новорожденных: по-видимому, более чем у 20% имеются врожденные аномалии (данный показатель требует отдельного изучения, поскольку и здесь определения расходятся), и лишь 35% новорожденных считаются здоровыми (4). Первые результаты изучения подробных данных по Тульской области указывают на высокую частоту появления на свет маловесных новорожденных, причем отмечается явная зависимость показателя от уровня образования матери.

В первой половине 1990-х гг. смертность от инфекционных и паразитарных болезней увеличилась почти вдвое. Затем она стабилизировалась и сейчас близка к средней в странах бывшего СССР и значительно выше, чем в западноевропейских странах (2). За данным показателем скрывается тревожное распространение отдельных инфекций. Так, после 1990 г. резко возросла заболеваемость туберкулезом. В 1998 г. она достигла 74 случая на 100 000 населения, и Россия вошла в число десяти стран с максимальной заболеваемостью туберкулезом (16). Данные о заболеваемости туберкулезом,

вероятно, занижены, поскольку неизвестно число больных туберкулезом среди бездомных, беженцев и так далее. Туберкулез чрезвычайно распространен в российских тюрьмах: им страдает каждый десятый заключенный, а всего в исправительных учреждениях находится примерно треть больных туберкулезом россиян (16). Еще более тревожно распространение туберкулеза, устойчивого к препаратам первого ряда. Это происходит из-за различия медицинского обслуживания обычного населения и заключенных, несоблюдения режима противотуберкулезной терапии и плохо развитой лабораторной базы (22). На устранение этих недостатков направлен ряд проектов, в финансировании которых участвуют Департамент международного развития Великобритании и германский Фонд технической помощи.

В начале 1990-х гг. в России возникла эпидемия дифтерии: заболеваемость дифтерией возросла в 54 раза, а смертность от нее — в 35 раз (2). Эпидемия возникла, когда из-за страха населения перед ВИЧ-инфекцией и по недосмотру санитарно-эпидемиологических служб распалась схема вакцинации. Борьба с эпидемией была действенной, и охват населения вакцинацией возрос. Сегодня серьезную опасность представляет краснуха, вакцинация против которой не включена в официальный календарь прививок. Некоторые районы финансируют вакцинацию против краснухи из собственного бюджета. Размаха эпидемии достигло распространение болезней, передаваемых половым путем, и прежде всего сифилиса: с 1990 г. заболеваемость сифилисом возросла в 77 раз, а среди женщин 10—14 лет — в 50 раз (16). В 1997 г. заболеваемость сифилисом в России стала максимальной в Европейском регионе (279,2:100 000), а распространенность врожденного сифилиса возросла в девять раз. В отдельных районах (в Республике Тыва, Республике Хакасия, Сахалинской и Калининградской областях) распространенность сифилиса вдвое выше средней по стране (2). Учитывая, что с некоторых пор в России учет лиц с заболеваниями, передающимися половым путем, изменился, более современные данные об их распространенности, по всей вероятности, занижены (23). Ослабление контроля привело к новому всплеску многих инфекций, в том числе холеры, сыпного и брюшного тифа, коклюша, кори и гепатитов. Возродилась даже малярия: в 2001 г. в Москве зарегистрировано 200 случаев малярии местного происхождения.

Во второй половине 1990-х гг. резко возросла распространенность ВИЧ-инфекции. Официально зарегистрированная заболеваемость ВИЧ-инфекцией в России ниже, чем на Западе. В то же время, по данным Объединенной программы ООН по ВИЧ и СПИДу, в России (и в Восточной Европе) она растет быстрее, чем где-либо в мире (24). Число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в первой половине 2001 г. оказалось на 60% выше, чем в предыдущем полугодии. Сегодня заболеваемость ВИЧ-инфекцией растет в основном за счет новых случаев среди инъекционных наркоманов. Так как число наркоманов в России постоянно растет, страну ожидает мрачная перспектива дальнейшего нарастания эпидемии ВИЧ-инфекции. За последние десять лет число наркоманов увеличилось в 12 раз, а число наркоманов среди подростков — в 10 раз (24). Таким образом

наркомания сама приняла размах эпидемии. По данным Министерства внутренних дел, число героиновых наркоманов за тот же период возросло в 15 раз (25). Пока ВИЧ-инфекция в основном царит среди наркоманов, но за счет передачи половым путем, которая в отсутствие действенного полового воспитания школьников все больше распространяется, ее эпидемия уже перекинулась на широкие слои населения. Борьбе с ВИЧ-инфекцией во многом мешают карательные меры, применяемые к наркоманам, но сегодня появляется все больше программ, направленных на снижение вреда от наркомании (в частности, программа обмена игл), которые в основном финансируются Фондом Сороса и Министерством международного развития Великобритании.

По официальным данным (за 1993 г.), в год средний россиянин потребляет 11—14,5 л этилового спирта, из которых 7,5—8,5 л — из незаконных источников (2). По сравнению с 1993—1994 гг., когда потребление алкоголя было максимальным, в последние годы оно снизилось. В частности, взрослый мужчина в 1994 г. потреблял 16,8 л этилового спирта, а в 2001 г. — 12,9 л (26). Потребление спиртных напитков резко возросло в 1987 г., когда ограничения на их производство и продажу были сняты. Этому способствовало и то, что цены на спиртные напитки, в отличие от цен на другие потребительские товары, росли не так стремительно. Почти треть мужчин в России признают, что регулярно злоупотребляют алкоголем (27).

В 1985 г. в России курило 53% мужчин, а в 1993 г. — уже 67%, и это самый высокий показатель в мире (2). В 2001 г. распространенность курения среди мужчин составила 63,5%, а среди женщин — 14,2% (26). Особую тревогу вызывает растущее число курящих молодых женщин.

Здоровье детей и подростков находится в плачевном состоянии. Во многом это обусловлено крайне неблагоприятными социальными и материальными условиями жизни значительной части детей. По данным Государственного доклада о положении детей в Российской Федерации, 12 млн детей живет в семьях с доходом ниже прожиточного минимума, 20 млн — в бедных семьях; 2 млн детей не записано в школу; 2—4 млн детей — беспризорники; 600 000 детей — круглые сироты (28). В последнее десятилетие среди детей и подростков значительно возросла заболеваемость самыми разными расстройствами. Так, заболеваемость анемией выросла — на 380%, эндокринными расстройствами — на 280%, желудочно-кишечными нарушениями — на 190%, сердечно-сосудистыми заболеваниями — на 190%. Количество детей с обусловленной неправильным питанием задержкой роста увеличилось до 8% (28). Рацион значительной части детей беден белком, кальцием, железом и прочими питательными веществами.

По оценкам, 30 млн россиян страдает расстройствами, обусловленными дефицитом йода, распространенными нарушениями остаются железодефицитная анемия и рахит (29). В России крайне мало потребляют свежих овощей и фруктов, а потому широко распространен дефицит микроэлементов и витаминов, который, вероятно, имеет большое значение в распространении многих хронических расстройств. Неполющенное питание особенно характерно для пенсионеров.

В 1990-х гг. значительно возросло число убийств: их частота превысила таковую в Западной Европе в 20 раз. Отмечено, что с 1990 г. среди убийц стали появляться люди совершенно разных уровней образования и профессий. Как и везде, в большинстве случаев убийца знаком с жертвой, и почти всегда преступник или жертва находились под воздействием алкоголя (30).

Экологическая обстановка в России такова, что 40% городского населения живет в условиях высокой загрязненности воздуха. Считается, что именно это вызывает множество респираторных заболеваний, но объективно это не доказано. По некоторым данным, 50% россиян пользуются некачественной питьевой водой (29).

### **Межрегиональные различия**

Приведенные выше показатели не отражают гигантских различий между субъектами Российской Федерации, которые в столь огромной и разнородной в социально-экономическом, национальном, культурном и географическом планах стране неизбежны. Межрегиональные различия в средней продолжительности жизни населения (мужского и женского) достигают 16 лет: между максимальной в Республике Ингушетия (72,5 года) и минимальной в Республике Тыва (56,4 года) (2). В целом, средняя продолжительность жизни выше в Северо-Восточном и Центральном-Черноземном районах, в Поволжье и на Северном Кавказе, а ниже всего — на Дальнем Востоке, в Восточной и Западной Сибири (16).

На рис. 2 показана динамика средней продолжительности жизни в России в целом и в республиках Тыва и Дагестан. Примечательна огромная разница между максимальной (среди женщин в Республике Дагестан) и минимальной (среди мужчин в Республике Тыва) средней продолжительностью жизни — от 20 до 27 лет. В 1989—1990 гг. разница была минимальной, а в 1994 г. достигла максимума (в этом году средняя продолжительность жизни мужчин в Республике Тыва была меньше 50 лет). Крайне низкая продолжительность жизни в Республике Тыва обусловлена, вероятно, низким экономическим развитием данного района<sup>1</sup>.

Сходные тенденции наблюдаются в динамике средней продолжительности жизни в макрорегионах России. Это отчетливо видно на рис. 3, где показана динамика средней продолжительности жизни мужчин в восьми экономических районах России<sup>2</sup>. Повсеместно отмечается резкое сокращение показателя после 1990 г., минимальное значение в 1994 г. и рост в последующие годы. В то же время с 1990 г. по 1994 г., когда средняя продолжительность жизни сокращалась, вырос разрыв между крайними значениями показателя (16). Эта закономерность видна и на рис. 2: различия в продолжительности

<sup>1</sup> Стоит отметить, что, хотя приведенные данные являются официальными, картина в этих двух республиках резко отличается от остальных российских районов, и достоверность данных о смертности (прежде всего в Республике Дагестан) у многих вызывает сомнение.

<sup>2</sup> Всего в России 11 экономических районов. Сравнить положение в них удобнее, чем в не столь крупных 89 субъектах Российской Федерации.

жизни и мужчин, и женщин между республиками Тыва и Дагестан увеличились в 1992—1994 гг.

В российских областях средняя продолжительность жизни менялась не столь заметно. В начале 1990-х гг. она больше всего сократилась в районах с особенно бурными экономическими преобразованиями и особенно высоким ростом преступности (прежде всего в крупных городах). Различия в средней продолжительности жизни почти всегда напрямую связаны с частотой случаев смерти, обусловленных потреблением алкоголя (31).

### **Причины высокой смертности**

Причины описанных выше изменений много и долго обсуждали. Вкратце их можно разделить на несколько сложных и взаимосвязанных групп: стресс, употребление алкоголя, преступность, плохое питание, несовременные подходы к охране здоровья, загрязнение окружающей среды, подавленность и напряженность в обществе в связи с социальными и экономическими потрясениями. К причинам высокой смертности населения можно отнести и слабое здравоохранение, которому крайне трудно было отвечать огромным и растущим потребностям общества.

Судя по всему, больше других пострадали мужчины трудоспособного возраста. Именно по ним сильнее всего ударили перегрузки и переживания, связанные со стремительными экономическими преобразованиями. В 1994—1995 гг., отмеченных максимальным уровнем смертности, сокращение продолжительности жизни более чем на 65% произошло прежде всего по вине сердечно-сосудистых заболеваний, травм и отравлений. Безусловно, повышение роли именно этих причин смерти прежде всего связано с употреблением алкоголя (16, 17, 18, 33).

Употреблением алкоголя и особенно привычкой российских мужчин глушить переживания водкой объясняются существенные различия между мужской и женской смертностью. В отличие от мужчин, российские женщины обладают твердостью и силой духа (10, 16). Это не означает, что кризис в стране не ударил по ним: как уже упоминалось, средняя продолжительность жизни среди женщин тоже сократилась, хотя и не настолько.

Динамика смертности в России с 1980-х гг. предостерегает от любых прогнозов, а изменения после 1998 г. и вовсе безрадостны. Основаниями для пессимизма служат первые признаки новой опасности — инфекционных и паразитарных болезней, в частности, болезней, передающихся половым путем, и прежде всего ВИЧ-инфекции, заболеваемость которой, как уже говорилось, стремительно растет со второй половины 1990-х гг.

Демографическая ситуация в России тоже вызывает серьезные опасения. По прогнозам Госкомстата, население России к 2016 г. сократится до 134 млн человек (максимальным оно было в 1992 г. — 148 млн человек) (15). Отдельным районам (особенно северным), где рождаемость мала, смертность высока, из которых уезжают люди, грозит опустошение. В некоторых районах России отношение смертности к рождаемости составляет 3:1 (15).

Правительство России сознает серьезность кризиса в здоровье населения и демографической ситуации. В частности, министр здравоохранения

Ю. Л. Шевченко недавно назвал здравоохранение «одним из основных факторов национальной безопасности страны»<sup>1</sup>. Президент В. В. Путин в своем обращении к Федеральному Собранию 8 июля 2000 г. заявил, что, если нынешние тенденции в демографической ситуации сохранятся, выживаемость нации окажется под угрозой (5).

С другой стороны, похоже, что значение, которое придают улучшению здоровья на официальном уровне, и принятые государством обязательства существенно расходятся.

---

<sup>1</sup> Из доклада Ю. Л. Шевченко «Здравоохранение Российской Федерации на рубеже веков» (2000 г.).

*Россия*

# История

## История России

**Д**ревнерусское государство (предшественник России и Украины) с центром в Новгороде зародилось на рубеже VIII—IX вв. к северу от верховьев Волги. С расширением его территории на юг до границ Византийской империи образовалась Киевская Русь. Постепенно она распалась на княжества — Тверское, Владимирское, Московское и другие. С XIII в. до конца XV в. русские земли находились во власти татаро-монголов. В избавлении от татаро-монгольского ига основную роль сыграло Московское княжество, которое к тому времени заняло главенствующее положение. Москва стала центром объединения княжеств в Русское государство.

При Петре I в 1689—1725 гг. в России были проведены многочисленные реформы западноевропейского образца, она получила выход к Балтийскому морю, расширилась на юг и на восток, а в 1721 г. была провозглашена Российской империей. После разгрома войск Наполеона (1812—1813 гг.) могущество Российской империи утвердилось. К середине 1800-х гг. Российская империя стала самой крупной страной Европы, но при этом оставалась самодержавным государством с преимущественно аграрной экономикой, основанной на крепостном праве. В 1861 г. царь Александр II отменил крепостное право. Отчасти его решение было обусловлено необходимостью обеспечить развивающуюся промышленность рабочей силой. Были проведены и другие либеральные реформы — финансовая, судебная, земская (учреждение сельских районных советов — земств) и военная. В то же время условия жизни основной части населения не улучшились, и недовольство самодержавием росло.

После убийства Александра II в 1881 г. в России начался реакционный период, и царствования Александра III и Николая II во второй половине XIX в. отмечены ужесточением режима. После поражения в Русско-японской войне 1904—1905 гг. в стране усилились волнения. Революция 1905 г. заставила Николая II сложить с себя часть полномочий, и была создана первая Дума (парламент), значительная часть которой была представлена помещика-

ми — землевладельцами. Самодержавие Николая II сохранилось, и в стране продолжались репрессии.

В 1917 г. после Первой мировой войны, повлекшей громадные людские и материальные потери, трехсотлетнее правление династии Романовых прекратилось. Самодержавие уступило место конституционной монархии и Временному правительству, которое придерживалось парламентарной демократии. В октябре (ноябре по новому стилю) 1917 г. Временное правительство было свергнуто большевиками под руководством В. И. Ленина. Затем началась гражданская война (1918—1920 гг.). Ее последствия для экономики и общества были чудовищными, самым страшным из них был голод 1920—1921 гг. В 1922 г. был образован Союз Советских Социалистических Республик (СССР), в котором ведущее место заняла Россия.

В 1924 г. на посту главы государства В. И. Ленина сменил И. В. Сталин, под руководством которого был взят курс на широкую индустриализацию страны, основанную на централизованной командно-административной экономике и принудительной коллективизации сельского хозяйства. Ценой громадных человеческих жертв СССР под руководством Сталина превратился в страну с развитой промышленностью и сверхдержаву. Преемником И. В. Сталина после его смерти в 1953 г. стал Н. С. Хрущев. Страна под его руководством вступила в период оттепели, многие запреты были сняты, появились некоторые признаки добрых перемен. Уровень жизни вырос значительно, но экономика в СССР отставала от экономики развитых стран Запада. Недовольство социальным, политическим и экономическим положением в странах коммунистического блока, растущее в 1950—1960-х гг., насильственно подавляли. В годы правления Л. И. Брежнева возобновилось жестокое преследование инакомыслящих, а все попытки преобразований в стране пресекались. К 1970-м гг. слабость советской экономики стала очевидной, одновременно в стране росла социальная и национальная напряженность.

В середине 1980-х гг. могущество СССР пошло на убыль, и в 1985 г. тогдашний руководитель страны М. С. Горбачев ослабил государственный контроль за экономикой и остановил преследование инакомыслящих. Перестройка и гласность возвестили о начале реформ в стране, стремление к преобразованиям стало безудержным. Неудачная попытка переворота, предпринятая сторонниками жесткого режима в 1991 г., подтолкнула республики СССР к провозглашению независимости. Самой большой и могущественной из них была Российская Федерация. Под руководством Б. Н. Ельцина, который в июне 1991 г. стал первым избранным президентом России, страна вступила на путь перехода к демократии и экономике, основанной на частном предпринимательстве. Официально СССР прекратил свое существование 25 декабря 1991 г. В 1993 г. была принята новая конституция, а на смену Верховному Совету пришел двухпалатный парламент — Федеральное Собрание. С тех пор в стране идут бурные преобразования, а во внутренней ситуации наблюдается определенная напряженность (так, осенью 1993 г. была предпринята еще одна попытка государственного переворота). В марте 2000 г. Б. Н. Ельцина на посту президента России сменил В. В. Путин.

## История российского здравоохранения

Основную часть населения царской России составляло бедное крестьянство. Отмена крепостного права в 1861 г. серьезно улучшить жизнь крестьян не смогла. В 1864 г. в ходе либеральных реформ Александра II при органах местного самоуправления (земствах) были организованы медицинские и другие социальные службы в бедных сельских районах. Открывались мелкие медицинские пункты, обслуживаемые врачом и несколькими помощниками, и больницы. Медицинское обслуживание финансировалось за счет налогов и было бесплатным. К 1890 г. 16% российских врачей работали в земской медицине. К 1913 г. в системе земской медицины насчитывалось 4367 сельских медицинских пунктов, 4539 фельдшерских пунктов и 49 087 больничных коек (35). Для обслуживания 80 млн жителей этого было мало, но тем не менее земская медицина стала основой, на которой была построена советская система здравоохранения, поскольку именно она показала, что организовать бесплатное медицинское обслуживание, обеспечив при этом медицинский персонал заработной платой, возможно (35).

С развитием промышленности росло значение городов, в которых увеличивалась доля рабочего населения. В 1912 г. была введена система социального страхования по Бисмарку, которая подразумевала материальное обеспечение рабочих во время болезни и после несчастных случаев. Застраховано было 20% рабочих. В целом государство отдавало предпочтение мерам по охране здоровья, улучшению санитарно-гигиенических условий и борьбе с инфекционными заболеваниями, а не собственно медицинской помощи. Число медицинских учреждений, врачей и медицинских сестер было недостаточным для обеспечения потребностей населения. Так, в 1913 г. на 6 900 жителей Российской империи приходился один врач; на 1000 человек — 1,3 больничной койки, а медицинские учреждения были распределены по территории страны крайне неравномерно.

События первой половины XX в. — Первая мировая и гражданская войны, последующие голод и массовые эпидемии — нанесли по здоровью и здравоохранению сокрушительный удар: многие медицинские учреждения были разрушены, а нагрузка на здравоохранение надолго возросла. Вскоре после октябрьской революции только от сыпного тифа (эпидемия которого охватила 20—30 млн человек) погибло 3 млн человек (35).

В создании программы восстановления здравоохранения участвовал Н. Семашко, и в основу советского здравоохранения легли разработанные им принципы:

- ответственность государства за здравоохранение;
- общедоступность бесплатного медицинского обслуживания;
- профилактика социально значимых заболеваний;
- качественное медицинское обслуживание;
- тесное взаимодействие медицинской науки и практики;
- единство пропаганды здорового образа жизни, лечения и реабилитации.

На основе этих принципов государство создало целостную систему общедоступного бесплатного медицинского обслуживания. С 1920 г. огромное

значение придавали противоэпидемическим мероприятиям и профилактике инфекционных заболеваний. Были созданы небольшие санитарные учреждения, которые позже были преобразованы в санитарно-эпидемиологические станции. В соответствии с первым пятилетним планом, принятым в 1929 г., Министерство здравоохранения активно создавало поликлиники для работников производства и сельского хозяйства. Чтобы обеспечить их кадрами, были открыты новые медицинские учебные заведения. В 1937 г. фонды социального страхования были упразднены. Больницы, аптеки и прочие медицинские учреждения были национализированы и переданы в ведение районного руководства здравоохранением. Создавались ведомственные медицинские учреждения — их открывали при промышленных предприятиях и министерствах для определенных категорий граждан (партийного руководства, военных, сотрудников органов безопасности, шахтеров, рабочих тяжелой промышленности, транспорта и так далее).

Здравоохранением руководило государство, финансирование осуществлялось за счет государственных доходов в рамках государственных планов социального и экономического развития. Все медицинские работники находились на службе у государства, которое выплачивало им заработную плату и обеспечивало снабжение медицинских учреждений. Министерство здравоохранения под жестким контролем партийного руководства выпустило обязательные нормативы в отношении медицинских учреждений и персонала. Основным направлением политики здравоохранения в те годы стало расширение коечного фонда и увеличение числа медицинских работников (29).

К моменту вступления СССР во Вторую мировую войну в 1941 г. здравоохранение было хорошо развито, а население — полностью охвачено всесторонним медицинским обслуживанием. Во время войны, с ее гигантскими жертвами среди военных и гражданского населения, потребность в медицинской помощи была колоссальной, и советское здравоохранение сумело ей отвечать. Более того, несмотря на крайне суровые условия, в которых оказалось население, массовых эпидемий не возникло. И тем не менее война нанесла огромный вред некогда развитой материально-технической базе медицинской помощи и повлекла огромные человеческие потери.

После Второй мировой войны внимание было приковано к восстановлению медицинских учреждений, их расширению и обеспечению кадрами, одновременно добивались всеобщей доступности медицинского обслуживания. Так возникла система, где каждый район, исходя из государственных нормативов, должен был обеспечить население определенным числом санитарно-эпидемиологических станций, больниц, поликлиник и специализированных лечебных учреждений.

На деятельность руководства СССР послевоенного периода наложили отпечаток как пережитые страной эпидемии и голод, так и вера в основополагающую роль рабочего класса. В связи с этим основными направлениями работы здравоохранения были борьба с инфекционными заболеваниями и развитие медицинского обслуживания на рабочем месте. Кроме того, был сделан упор на поощрение рождаемости и здоровье матери и ребенка. По-

добная политика отчасти была обусловлена русскими традициями, а отчасти — национальной идеей. Поскольку основой государственной политики в области здравоохранения стали принципы Н. Семашко, в СССР создали развернутую систему эпидемиологического надзора, особую роль отдели санитарно-гигиеническим мероприятиям, учредили регулярные медицинские осмотры среди детей и трудящихся. Для медицинского обслуживания рабочих при промышленных предприятиях создавали медико-санитарные части. Санатории и оздоровительные центры были хорошо оборудованы и считались неременной частью медицинского обслуживания.

Благодаря ориентации на инфекционные заболевания, не только проводились широкомасштабные профилактические меры, но и был создан гигантский коечный фонд, который позволял изолировать инфекционных больных. Однако изменение эпидемической ситуации в 1960-х гг. застало страну врасплох: руководство психологически не было готово изменить направленность здравоохранения, да и структура медицинских учреждений этого не позволяла. Официальные круги отказывались признать возросшее значение неинфекционных заболеваний и не были способны переориентировать медицинское обслуживание. Вместо того чтобы пересмотреть взгляды на здравоохранение, они пресекли распространение данных и открывали все новые больничные койки. В годы правления Л. И. Брежнева на фоне распространения хронических заболеваний ежегодные медицинские осмотры стали обязательными для всего населения. Программу всеобщей диспансеризации осуществляли поликлиники, больницы, специализированные медицинские учреждения. Диспансеризация подразумевала обследование и лечение с последующими контрольными амбулаторными консультациями или госпитализациями, направление на санаторно-курортное лечение, а при необходимости перевод на другую работу (29). Однако дополнительных средств на эту программу выделено не было, спрос на медицинскую помощь превзошел возможности первичного медицинского обслуживания и обрушился на больницы.

Упор на увеличение коечного фонда и подготовку медицинских кадров, чрезмерное внимание к больницам сохранялись до последних лет советской власти. В середине 1980-х гг. Министерство здравоохранения заявило, что и впредь намерено развивать профилактическую медицину и совершенствовать медицинские учреждения, открывая общетерапевтические и специализированные больницы (29).

Последствия стремлений советской поры прослеживаются и в здравоохранении новой России. Сохранились реабилитационные учреждения и избыток больничных коек. Осталась и привычка проводить массовые обследования, не подготовив средства для лечения выявленных во время них нарушений. Еще одно наследие прошлого — низкая оценка труда медицинских работников. При советской власти врачей и медицинских сестер относили к непроемкой части общества и, соответственно, пренебрегали необходимостью достойно оплачивать их труд и обеспечивать им хорошие условия жизни. По-видимому ситуация усугублялась преобладанием среди врачей женщин. Таким образом, сформировалась традиция

оплачивать труд медицинских работников ниже, чем труд рабочих на производстве.

Тем не менее советское здравоохранение при всех своих недостатках обладало и некоторыми неоспоримыми достоинствами. Ему удалось укротить инфекционные заболевания; обеспечить огромное население (даже в малонаселенных районах) всесторонним доступным медицинским обслуживанием; создать основу для общественного здравоохранения, в том числе системы обязательной иммунизации и регулярных медицинских осмотров; воспитать поколение верных профессии медицинских работников. В 1950-х гг. принципы советского здравоохранения взяли на вооружение восточноевропейские страны и многие новые независимые государства Африки, Азии, Среднего Востока и Латинской Америки. Позже они повлияли на разработку принципов организации первичного медико-санитарного обслуживания на международной конференции в Алма-Ате (29).

Несмотря на огромные трудности, современная Россия сохранила веру в здравоохранение, основанное на потребностях, а не на финансовых возможностях. В то же время руководство страны все лучше сознает, что необходимо и повысить эффективность медицинского обслуживания, и стремиться удовлетворить запросы потребителей, и срочно бороться с демографическим кризисом и ухудшением здоровья населения. Эти соображения, равно как и трудности страны, из-за которых возникла угроза жизнеспособности здравоохранения, заставили государство начать крупные преобразования в здравоохранении. Основным их механизмом стала реформа финансирования здравоохранения. Если раньше оно осуществлялось за счет налогов, то сегодня эту задачу отчасти выполняет система ОМС (обязательного медицинского страхования). Именно на основе нового метода финансирования проходит реформа всего здравоохранения России.

# Организация здравоохранения и управление им

## Организация здравоохранения

### Историческая справка

До 1991 г. здравоохранение СССР было организовано по чрезвычайно централизованной схеме, в которой власть принадлежала Верховному Совету. За медицинское обслуживание отвечало Министерство здравоохранения, которое через министерства здравоохранения пятнадцати союзных республик (в том числе РСФСР) управляло медицинским обслуживанием и распределяло средства. Соответственно, медицинским обслуживанием РСФСР, которая занимала 80% территории страны, руководило Министерство здравоохранения РСФСР, которое мало участвовало в определении политики здравоохранения и в основном выполняло распоряжения верховной власти. Министерство здравоохранения СССР включало следующие подразделения:

- Главное управление лечебно-профилактической помощи;
- Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям;
- Главное управление учебными заведениями;
- Главное санитарно-эпидемиологическое управление;
- Главное управление санаторно-курортным лечением.

В ведении Министерства здравоохранения СССР находились медицинские учреждения всесоюзного значения (в основном они были высоко специализированными и занимались наукой), научно-исследовательские институты по карантинным инфекциям, противочумные станции и Академия медицинских наук СССР, которая, в свою очередь, управляла деятельностью республиканских научно-исследовательских институтов.

Республиканские министерства здравоохранения выполняли во многом сходные функции. Так, Министерство здравоохранения РСФСР через свои отделы содержало республиканские лечебные и научные медицинские учреждения, опять же в основном специализированные и ориентированные на исследовательскую деятельность, а также наблюдало за рядовым меди-

цинским обслуживанием. В число республиканских медицинских учреждений входили высшие медицинские учебные заведения и научные центры (в некоторых имелись клиники и больничные койки), специализированные республиканские больницы и поликлиники, медицинские училища и санатории. Республиканское руководство напрямую контролировало деятельность областных санитарно-эпидемиологических центров (они осуществляли надзор за инфекционными заболеваниями и экологической обстановкой) и областных медицинских училищ.

Медицинскими учреждениями следующих уровней управляли органы соответствующих уровней местной власти. Отчеты о своей работе местные власти предоставляли на выборах в местные советы депутатов. Городские органы управления здравоохранением руководили городскими взрослыми и детскими больницами и поликлиниками, женскими консультациями. Региональные органы управления здравоохранением (областные, краевые, власти автономных республик) руководили специализированными и крупными больницами, а также поликлиниками соответствующего уровня. Они также контролировали деятельность районных органов здравоохранения (следующий, более низкий уровень). В ведении последних находилась меньшая территория, где были районные больницы и поликлиника. Существовали также сельские советы, которые руководили сельскими участковыми больницами или врачебными амбулаториями или фельдшерско-акушерскими пунктами (в отдаленных населенных пунктах).

### **Современная организация российского здравоохранения**

В России имеется три уровня власти: федеральная (центральная) власть, региональная власть (власть субъектов Российской Федерации: 21 республика, 6 краев, 49 областей, 10 автономных округов, автономной области, городов федерального значения — Москвы и Санкт-Петербурга) и местная власть (органы местного самоуправления районов, городов, сел, деревень).

Крупные города поделены на районы, а небольшие города сами считаются районами. Республики, края, области, автономные округа, Москва и Санкт-Петербург являются субъектами Российской Федерации. До 1991 г. в России существовало 73 субъекта Российской Федерации, позже их стало 89 — прибавилось 5 республик, 10 автономных округов и одна автономная область.

После распада СССР одновременно с децентрализацией власти в стране происходила и децентрализация системы здравоохранения (подробнее см. раздел «Децентрализация системы здравоохранения»). Система здравоохранения обладает той же структурой, что и власть: имеются федеральное (центральное), региональное (субъектов Российской Федерации) и местное здравоохранение.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, к ведению федеральной власти относятся: регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина и координация вопросов здравоохранения (совместно с властями субъектов Российской Федерации). По закону «Основы законодательст-

ва Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятому в 1993 г., к ведению федеральной власти относятся (36):

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;
- установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан;
- разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета Российской Федерации, определение налоговой политики (в том числе льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья граждан;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;
- разработка единых критериев и федеральных программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении;
- установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением;
- разработка и утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС) и установление страхового тарифа взносов на него;
- установление льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;
- организация государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, разработка и утверждение федеральных санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора; организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;
- координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- установление порядка производства медицинской экспертизы;
- установление порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;

В соответствии с этим законом власти субъектов Российской Федерации обязаны:

- формировать собственный бюджет и определять долю расходов на здравоохранение;
- предоставлять материально-техническое обеспечение предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения; утверждать территориальные программы ОМС;
- устанавливать дополнительные льготы отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

- координировать деятельность органов государственной власти, субъектов муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
  - организовывать и координировать деятельность по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан;
  - лицензировать медицинскую и фармацевтическую деятельность на своей территории.
- Наконец, в обязанности органов местной власти входят<sup>1</sup>:
- организация, поддержка и развитие сети учреждений муниципальной системы здравоохранения;
  - обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
  - формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение.
- Закон достаточно смутно разграничивает задачи федеральной и региональной, региональной и местной властей.

В ноябре 1991 г. Министерство здравоохранения СССР было упразднено, на смену ему пришло Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации. По сути, оно просто объединило два прежних министерства — Министерства здравоохранения СССР и РСФСР. В вопросах разделения обязанностей между министерствами существовали определенные разногласия, но в целом их слияние прошло достаточно гладко, поскольку устройством они обладали сходным. В том же году Академия медицинских наук СССР, которая отвечала за исследования в медицине, была преобразована в самостоятельную организацию — Российскую академию медицинских наук.

Кроме того, в 1991 г. была усовершенствована санитарно-эпидемиологическая служба и создан административно и финансово независимый от Министерства здравоохранения Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора. Его обязанности включали управление противочумными станциями, районными центрами санитарно-эпидемиологического надзора и рядом эпидемиологических учреждений. Самостоятельность комитета была единственным серьезным нововведением. Он должен был независимо следить за деятельностью медицинских учреждений и особым упор делать на выявленные им изменения в показателях здоровья населения. В то же время данная реформа санитарно-эпидемиологического надзора была основана на устаревшем мнении, будто недостатки общественно-го здравоохранения связаны с неудачами в борьбе с инфекциями.

В августе 1996 г. Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора был возвращен в состав Министерства здравоохранения в качестве департамента<sup>2</sup>, а медицинская промышленность была вновь переда-

---

<sup>1</sup> Помимо приведенного закона обязанности местных органов власти определяет принятый в 1995 г. закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

<sup>2</sup> Утрата самостоятельности вызвала некоторое недовольство санитарно-эпидемиологических служб. Сегодня один из двух заместителей министра здравоохранения представляет санитарно-эпидемиологическую службу.

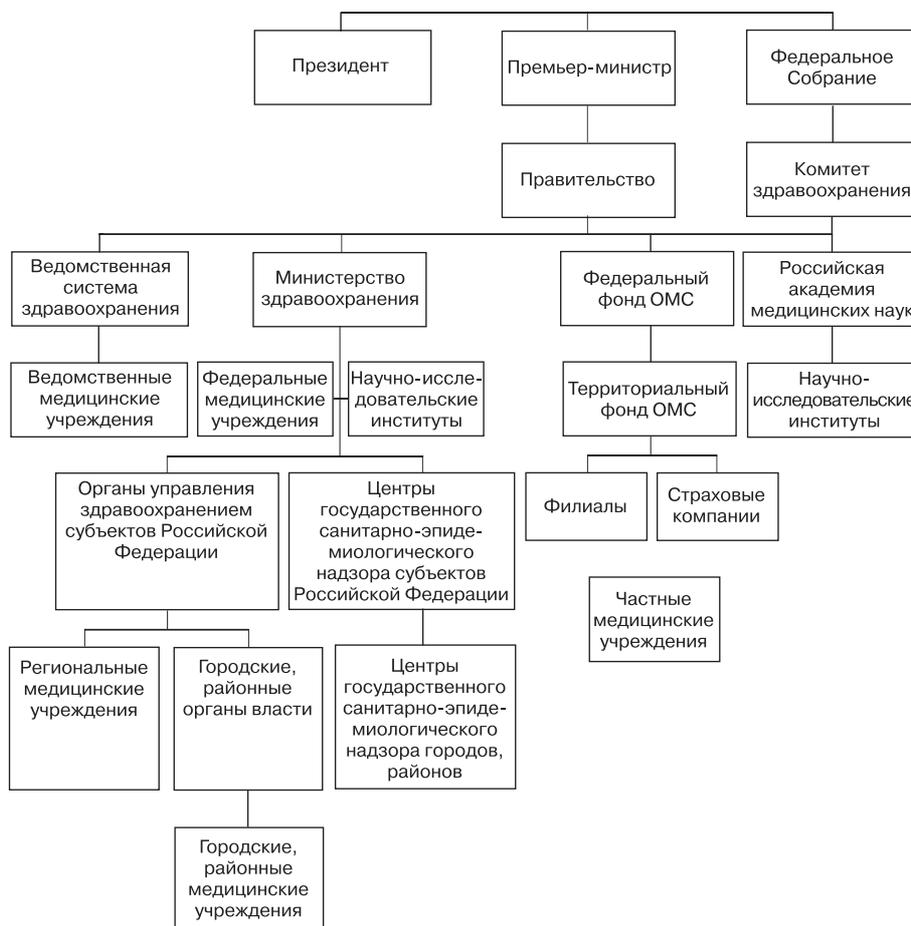
на в ведение министерств труда и промышленности. От попыток встроить Министерство социального обеспечения в систему здравоохранения отказались, и оно было слито с Министерством труда.

Структура здравоохранения России представлена на рис. 4, ниже будут по очереди рассмотрены все ее компоненты.

**Основная система здравоохранения — система Министерства здравоохранения**

**Федеральный уровень.** Министерство здравоохранения — высший орган управления здравоохранением. Его возглавляет министр, назначаемый премьер-министром после утверждения кандидатуры в Государственной Думе.

**Рисунок 4. Структура системы здравоохранения России**



Министерство устанавливает политику здравоохранения в России и официально сохранило право следить за региональным здравоохранением и исполнением решений в сфере здравоохранения субъектами Российской Федерации. Однако расширение полномочий местных властей, и прежде всего их право формировать собственный бюджет, означает, что министерство больше не может рассчитывать на исполнение своих указаний<sup>1</sup>. Формально основные обязанности министерства таковы:

- разрабатывать и проводить государственную политику здравоохранения;
- разрабатывать и проводить федеральные целевые программы в сфере здравоохранения, в том числе посвященные лечению сахарного диабета, борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, укреплению здоровья населения, санитарному просвещению, профилактике заболеваний и судебной медицине;
- разрабатывать законопроекты и представлять их в Государственную думу;
- руководить федеральными медицинскими учреждениями;
- руководить медицинским образованием и повышением квалификации медицинских работников;
- осуществлять надзор за эпидемиологической обстановкой и состоянием окружающей среды, статистический учет в области здравоохранения;
- бороться с инфекционными заболеваниями;
- разрабатывать нормативы здравоохранения;
- разрабатывать федеральные стандарты и критерии оценки качества;
- контролировать выпуск и лицензирование лекарственных средств;
- ликвидировать последствия чрезвычайных ситуаций (развитие медицины катастроф).

Структура Министерства здравоохранения Российской Федерации (по состоянию на начало 2002 г.) представлена на рис. 5. Она часто меняется: объединяют и создают новые департаменты, их функции перераспределяют. На представленной схеме учтены преобразования, произошедшие в апреле 2000 г. и августе 2001 г., когда были созданы, упразднены и объединены различные департаменты, изменилось их подчинение. Все это было сделано, чтобы усилить контроль за проведением реформ, улучшить долгосрочное планирование и в целом повысить согласованность и эффективность деятельности министерства.

Медицинское обслуживание на федеральном уровне представлено высокоспециализированными медицинскими учреждениями. Министерство здравоохранения отвечает также за проведение федеральных целевых программ, посвященных:

- сахарному диабету;
- туберкулезу;
- иммунизации;
- высоким технологиям;
- ВИЧ-инфекции и СПИДу;

---

<sup>1</sup> Эти вопросы подробно обсуждаются в разделе «Планирование, нормирование и управление».



- экстренной медицинской помощи;
- здоровью матери и ребенка;
- развитию медицинской промышленности;
- медико-санитарному обеспечению ядерно-энергетического комплекса и прочих видов опасного производства.

Санитарно-эпидемиологическая служба находится в подчинении самостоятельного департамента в составе Министерства здравоохранения. В отличие от здравоохранения, руководство которым было децентрализовано, система санитарно-эпидемиологического надзора сохранила старую схему управления: районными центрами руководят региональные, а региональными — федеральный (Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора). В каждой больнице имеется эпидемиолог, который сообщает о всех случаях инфекционных заболеваний в санитарно-эпидемиологическую службу. Вертикальная схема организации позволяет департаменту собирать данные из местных служб и распространять среди них предупреждения об опасности.

Бюджет Министерству здравоохранения устанавливает Министерство финансов. Из своего бюджета Министерство здравоохранения финансирует научно-исследовательские институты, клиническую деятельность Российской академии медицинских наук, научные центры и медицинские учебные учреждения. Медицинские учреждения федерального значения содержат около 4% коечного фонда страны.

Министерство здравоохранения и его учреждения в настоящее время получают лишь незначительную часть государственных средств, отводимых на здравоохранение, примерно 5%. (Подробности обсуждаются в разделе «Дополнительные источники финансирования».)

**Региональный уровень.** Руководящие органы этого уровня управляют здравоохранением в субъектах Российской Федерации. До введения обязательного медицинского страхования (ОМС) (см. ниже) в 1993 г. власти субъектов Российской Федерации полностью распоряжались финансированием своего здравоохранения. Позже оно отчасти отошло в ведение учрежденных территориальных фондов ОМС. Однако медицинское страхование введено не полностью, и пока власти субъектов Российской Федерации и местные власти обеспечивают здравоохранение примерно на две трети, а потому все еще играют важную роль в управлении здравоохранением<sup>1</sup>. Субъекты Российской Федерации обязаны обеспечивать выполнение федеральных целевых программ, прежде всего направленных на контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой и борьбу с социально значимыми инфекционными заболеваниями, но отчитываться перед Министерством здравоохранения не обязаны. После децентрализации власти в первой половине и середине 1990-х гг. региональные власти стали достаточно самостоятельны-

---

<sup>1</sup> Изначально предполагалось, что новая система медицинского страхования в конечном счете приведет к сокращению доли государственных средств (налогов, средств медико-социального страхования) в финансировании департаментов здравоохранения субъектов Российской Федерации и местных до 30%, но эти планы осуществить не удалось.

ми. В одних субъектах Российской Федерации департаменты здравоохранения активно участвуют в разработке реформ, контроле за качеством медицинского обслуживания и других начинаниях, в других — особенной активности не проявляют (подробнее см. раздел «Финансирование здравоохранения и затраты на него»).

Медицинское обслуживание на региональном уровне обычно осуществляют больницы общего профиля примерно на 1000 коек и детская больница на 400 коек, при которых имеется амбулаторное отделение. Лечиться в такой больнице может любой житель субъекта Российской Федерации. Имеются также региональные специализированные медицинские учреждения — инфекционные, туберкулезные, психиатрические и прочие. Региональными являются около четверти учреждений первичного медицинского обслуживания и свыше 70% диагностических центров.

**Местный уровень.** Местные власти многих крупных городов активно участвуют в реформах здравоохранения, а вот власти сельских районов чаще исполняют обязанности, больше похожие на обязанности руководства центральной районной больницы. По принятому в 1995 г. закону «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», местные власти не отвечают перед федеральным и региональным руководством, но должны выполнять указы Министерства здравоохранения. В такой ситуации управлять здравоохранением в стране сложно: программы и реформы, которые исходят от региональных властей, для местных властей не обязательны. Последние обязаны только обеспечить местное население медицинским обслуживанием, в объеме, указанном в законах. На деле очень часто по взаимной договоренности местное здравоохранение переходит под руководство регионального министерства здравоохранения.

В городах, как правило, имеется городская многопрофильная больница для взрослых на 250 коек и детская городская больница на 200 коек. Кроме того, имеется городская скорпомощная больница, инфекционная и туберкулезная больницы на 700 коек, родильные дома, психиатрические и неврологические больницы (некоторые находятся в региональном подчинении) и другие специализированные стационары. Большинство учреждений первичного медицинского обслуживания, поликлиники и некоторые диагностические центры тоже являются учреждениями городского подчинения.

Медицинские учреждения сельских районов обычно представлены центральной больницей примерно на 250 коек, которая часто действует и в качестве поликлиники. В некоторых районах больницы меньше — включают около 100 коек. Имеются также поликлиники, амбулатории и фельдшерские медицинские пункты.

### **Ведомственная система здравоохранения**

Помимо Министерства здравоохранения медицинским обслуживанием издавна занимаются другие министерства и некоторые государственные предприятия. Ведомственная система здравоохранения обслуживает только сотрудников соответствующего ведомства или предприятия и членов их семей. Министерства обороны, путей сообщения, транспорта, внутренних дел

и многие другие (всего более 20 министерств) содержат собственную сеть поликлиник, а иногда и стационары. Как правило, ведомственные медицинские учреждения отличает высочайшее качество обслуживания. Свою систему здравоохранения содержат 18 гражданских ведомств, каждая из них получает средства из федерального бюджета, который распределяет Министерство финансов. Здравоохранение военных ведомств и службы безопасности финансируется как из федерального бюджета, так и за счет внебюджетных средств, объем которых в официальной статистике не указан, а потому точно не известен. До сих пор крупные государственные предприятия предоставляют своим медицинским работникам жилье и заработную плату. Отрасли, которые оказались в тяжелом финансовом положении, от собственной системы медицинского обслуживания отказываются.

Ведомственными являются около 15% амбулаторных медицинских учреждений и 6% больниц.

Между основной и ведомственными системами здравоохранения появилось некоторое взаимодействие. Основой для него служат договоры, которые территориальные фонды ОМС заключают с ведомственными медицинскими учреждениями. По таким договорам работает большинство ведомственных больниц и поликлиник (даже больница Федеральной службы безопасности, здравоохранение которой считается одним из самых лучших). Одни ведомственные больницы и поликлиники работают по договорам больше (в частности, больницы и поликлиники Министерства путей сообщения), другие — меньше (военные госпитали). В целом же простому населению стала доступна лишь незначительная доля высококвалифицированной медицинской помощи ведомственных учреждений.

Попасть в ведомственное медицинское учреждение можно и частным образом — за деньги или по договору добровольного (частного) медицинского страхования. Но стоимость обслуживания в ведомственных больницах и поликлиниках чрезвычайно высока и для большинства людей недоступна. Пока вопрос повышения доступности ведомственных медицинских учреждений для населения не обсуждается.

### **Российская академия медицинских наук**

В 1991 г., когда Россия стала независимой, Академия медицинских наук СССР была переименована в Российскую академию медицинских наук, которая стала ее преемницей и продолжила отвечать за исследования в медицине. Как прежде, Российская академия медицинских наук независима от Министерства здравоохранения. Она получает финансирование из государственного бюджета: средства на исследования ей выделяет Министерство финансов с одобрения Министерства промышленности, науки и технологий, а на клиническую деятельность — Министерство здравоохранения.

То, что Российская академия медицинских наук остается самостоятельной организацией, подчеркивает, что медицинская наука стоит отдельно от медицинского образования, которое осуществляют медицинские институты (часть системы высшего образования). Это разделение науки и образования отражает советский взгляд на врачебную деятельность, в соответствии с

которым врач налаживает работу организма подобно механику, ремонтирующему технику. В подготовке и обучении врачей места науки и исследованиям не было. Подобное отношение сохранилось и по сей день, и именно оно будет виновно в трудностях, которые российские врачи могут испытать при столкновении с доказательной медициной<sup>1</sup>.

### **Другие важные для здравоохранения министерства**

Как и в большинстве стран, в России важную роль в здравоохранении играет Министерство финансов, поскольку именно от него зависит финансирование здравоохранения. Тем не менее даже в СССР средства государственного бюджета (в отличие от собираемых местными властями налогов) составляли лишь малую часть общего бюджета здравоохранения, и такое положение сохранилось до сих пор (см. также раздел «Дополнительные источники финансирования»). Министерство финансов по-прежнему определяет федеральный бюджет и сообщает местным властям, сколько они должны потратить на здравоохранение. Одно из его подразделений решает вопросы финансирования здравоохранения, в том числе размер взносов на ОМС. Из федерального бюджета здравоохранение получает также средства на проведение программ надзора за определенными заболеваниями и некоторые виды капитальных вложений.

Министерство социального обеспечения, призванное защищать интересы наиболее уязвимых слоев населения, было объединено с Министерством труда в Министерство труда и социального развития, которое тесно сотрудничает с Министерством здравоохранения. Сегодня совместно с Министерством промышленности, науки и технологий Министерство труда и социального развития отвечает за социальную защиту населения, здоровье трудящихся и безопасность производства.

Министерство труда и социального развития определяет размер заработной платы медицинских работников и обсуждает требования к их квалификации. Министерство экономики согласовывает вложение средств в здравоохранение, в частности в капитальное строительство (за исключением капитального ремонта), отвечает за обновление и закупки наиболее дорогого оборудования, покупаемого в кредит, а также участвует в проведении федеральных целевых программ и распределении любых кредитов.

### **Федеральный и территориальные фонды ОМС**

Принятый в рамках реформы здравоохранения закон 1991 г.<sup>2</sup>, измененный в 1993 г.<sup>3</sup>, ввел в стране обязательное медицинское страхование (ОМС); оно должно было улучшить крайне скудное финансирование здравоохранения и отвечало стремлению общества как можно скорее перейти к рыночной эко-

---

<sup>1</sup> Вкратце доказательная медицина представляет собой медицину, в которой не используют методы, неэффективность которых доказана исследованиями.

<sup>2</sup> Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан РСФСР» (№ 1499-1) от 28 июня 1991 г.

<sup>3</sup> Закон Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»» (№ 4741-1) от 2 апреля 1993 г.

номике<sup>1</sup>. Чтобы движущие силы рынка способствовали повышению экономической эффективности, качества и равенства медицинского обслуживания, производителей и покупателей медицинских услуг следовало разделить, что и сделала система медицинского страхования. На рис. 6 представлена схема организации медицинского страхования и взаимоотношения между его участниками. В новой схеме финансирования ключевыми фигурами стали фонды ОМС — Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС (по одному в каждом субъекте Российской Федерации). Территориальные фонды ОМС собирают страховые взносы и распределяют их. Определено две категории страховых взносов: за работающих граждан платежи в размере 3,6% фонда оплаты труда вносят работодатели, за неработающих (детей, пенсионеров, безработных и так далее) — местные органы власти. Территориальные фонды ОМС передают полученные средства страховым компаниям (их называют также страховыми медицинскими организациями, о них речь пойдет ниже) или филиалам территориальных фондов ОМС, которые от лица застрахованных заключают договоры на медицинское обслуживание с медицинскими учреждениями.

Взнос работодателя на ОМС, составляющий 3,6% начисленной оплаты труда, распределяется следующим образом: 3,4% — в территориальный фонд ОМС, 0,2% — в Федеральный фонд ОМС. Средства, направляемые в Федеральный фонд ОМС, используют для выравнивания средств территориальных фондов. Федеральный и территориальные фонды ОМС являются государственными некоммерческими организациями. Федеральный фонд ОМС является юридически независимой организацией и не подчиняется Министерству здравоохранения, но оно следит за его деятельностью через своих представителей в правлении.

Федеральный фонд ОМС следит за деятельностью 89 территориальных фондов ОМС, положение которых в системе ОМС соответствует положению региональных органов управления здравоохранением. Федеральный фонд ОМС прежде всего обязан управлять всей системой ОМС и следить за равенством финансовых условий, в которых осуществляется ОМС в регионах.

Территориальные фонды ОМС отвечают за сбор страховых взносов и обеспечение населения договорным набором медицинских услуг.

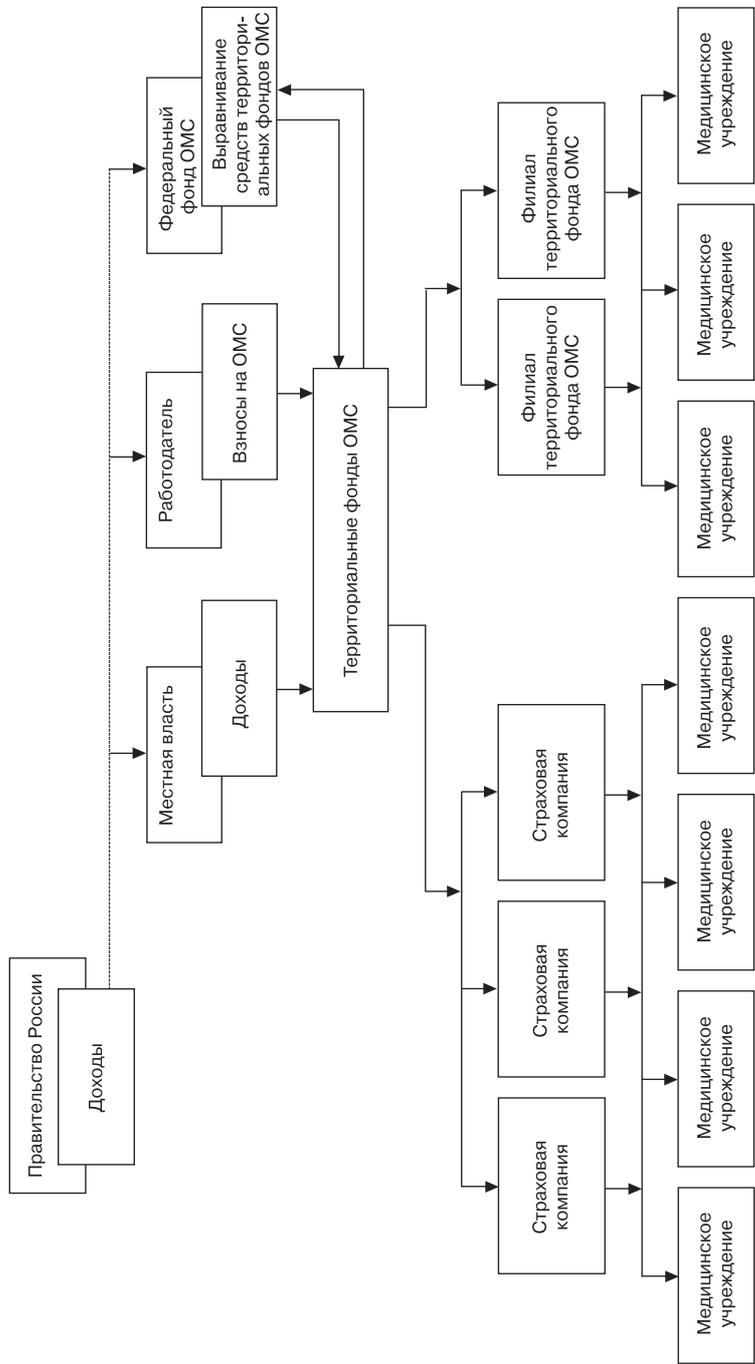
### **Страховые компании**

Следующий ключевой элемент, установленный законом о медицинском страховании, — независимые организации, осуществляющие оплату медицинских услуг от лица застрахованных. Существует два вида таких организаций: самостоятельные страховые компании и филиалы территориальных фондов ОМС, которые берут на себя роль страховых компаний в их отсутствие в данном районе. Страховые компании (и филиалы территориальных

---

<sup>1</sup> Сам закон и опыт его внедрения подробно обсуждаются в разделе «Финансирование здравоохранения и затраты на него». Здесь он упоминается для того, чтобы рассказать, как организована новая страховая система.

Рисунок 6. Схема финансирования и управления здравоохранением, установленная в 1993 г. законом о медицинском страховании



— Обязательный  
 ..... Возможный

D. Chernichovsky, E. Potarchik, Health System Reform Under the Russian Health Insurance Legislation (37).

фондов ОМС) заключают договоры с территориальными фондами ОМС, получают по ним средства на каждого застрахованного и выбирают медицинские учреждения, с которыми заключают договор на предоставление медицинских услуг. Выбирать медицинские учреждения страховые компании должны тщательно, чтобы способствовать конкуренции между ними, поощрять их к снижению затрат и повышению качества медицинских услуг. Страховые компании следят за объемом и качеством медицинских услуг и в соответствии с ними выдают медицинскому учреждению средства. Они должны способствовать укреплению роли первичного медицинского обслуживания и профилактики. Кроме того, страховые компании имеют право осуществлять добровольное медицинское страхование.

Страховые компании, соответственно отведенной им в законе роли, могут организовывать свою деятельность самым разным образом — создавать либо медико-страховые объединения, либо медицинские объединения, предоставляющие платные медицинские услуги определенной группе населения по заранее согласованным тарифам, либо учреждения общей практики на подушевом финансировании. Закон о медицинском страховании прямо эти формы деятельности не упоминает, но говорит о дальнейшем развитии страховых компаний; следовательно, появление разного рода медицинских страховых объединений зависит лишь от желания страховых компаний.

К концу 1990-х гг. в систему ОМС входили: Федеральный фонд ОМС, 89 территориальных фондов ОМС и 1170 их филиалов, 415 страховых компаний (38). На сегодняшний день действует 300 страховых компаний, и число их продолжает сокращаться — одни терпят банкротство, другие сливаются. Появление столь большого количества самостоятельных страховых компаний в системе здравоохранения во многом связано с тем, что медицинское страхование привлекло многие из уже имеющихся частных страховых компаний (создавать частные страховые компании разрешено с конца 1980-х гг.).

Осуществление закона о медицинском страховании столкнулось с множеством препятствий, которые подробно обсуждаются в разделе «Финансирование здравоохранения и затраты на него». В действительности, закон выполняется лишь частично, а новые схемы финансирования каждый субъект Российской Федерации принял по-своему. Следует отметить, что примерно в четверти регионов отсутствуют медицинские страховые компании, в 16% регионов услуги медицинских учреждений по ОМС оплачивают территориальные фонды ОМС, а в 9% — филиалы территориального фонда ОМС. В остальных, то есть приблизительно в половине субъектов Российской Федерации, страховые компании выступают только в предусмотренном законом качестве посредников-покупателей медицинских услуг. В широком смысле, финансирование здравоохранения стало двойным, что создает большие сложности для медицинских учреждений. За очень редкими исключениями, внедрить в медицинское обслуживание конкуренцию и рыночные отношения не удалось. Достижения в улучшении финансирования и повышении экономической эффективности медицинского обслуживания тоже оказались далеки от ожидаемых.

Сегодня много говорят о будущем страховых компаний. Все чаще их счи-

тают бесполезными и бюрократическими организациями, которые скорее мешают эффективности новых способов финансирования, и некоторые субъекты Российской Федерации вовсе избавились от них.

### **Частные медицинские учреждения**

Частным медицинским учреждениям занять видное место в российском здравоохранении только предстоит. Частные медицинские учреждения, которые способны развиваться, уже появились. В отличие от реформ в других отраслях, реформы здравоохранения не включали быстрой приватизации, причем намеренно: реформаторы считали, что медицинские учреждения и врачи не должны заниматься коммерческой деятельностью, чтобы не нарушать принципы равного и общедоступного медицинского обслуживания.

Больницы имеют право продавать услуги, не включенные в основной набор медицинских услуг по ОМС, но, по всей видимости, прибыль от них составляет не более 5% официальных доходов здравоохранения. Кроме того, больницы предоставляют койки страховым компаниям по договорам добровольного медицинского страхования. Почти все больницы принадлежат государству. Препятствует широкомасштабной приватизации юридическая неопределенность в отношении неприкосновенности купленных у государства земельных участков. Оказывать благотворительную и попечительскую помощь больницам тоже непросто: налоговая политика в отношении благотворителей остается неопределенной, а местные власти вторжение неправительственных организаций в свои исконные сферы деятельности воспринимают, как правило, враждебно (39).

Частное предпринимательство относительно хорошо развито в сфере лекарственного обеспечения. Немного отстают от нее стоматология и офтальмология. Лекарственное обеспечение амбулаторных больных не входит в основной набор медицинских услуг, и больные сами покупают их в аптеках<sup>1</sup>, которые стали одними из первых объектов приватизации в российском здравоохранении. Едва ли не большинство основных стоматологических услуг предоставляют только платно, а протезирование зубов в основном осуществляется частными клиниками. В частный сектор переходят диагностические центры, реабилитационные учреждения, в некоторых специальностях развивается частная амбулаторная практика.

В настоящее время Государственная дума рассматривает проект закона о регулировании частной медицинской деятельности. Этот закон остро необходим, поскольку пока частное предпринимательство в медицине развивается быстро и неуправляемо и, безусловно, это неблагоприятно отражается на сборе налогов.

### **Профессиональные объединения**

В СССР имелось множество различных научных и профессиональных объединений, но независимостью, которая является сутью подобных объедине-

---

<sup>1</sup> Это одна из причин ненужных госпитализаций, которая будет обсуждаться в разделе «Специализированное медицинское обслуживание».

ний, они не обладали. Новая Россия стала свидетельницей появления более независимых организаций, но их конкуренция так и не дала профессиям обрести своих свободных предводителей. Тем не менее Российская медицинская ассоциация уже начинает выражать особое и единое мнение медицинских работников по практическим и организационным вопросам. Ей планируют передать часть функций Министерства здравоохранения, касающихся профессиональной деятельности, в частности последипломного образования, сертификации, аттестации, уровня профессиональной подготовки, показателей качества в медицине, оплаты труда. Существуют и объединения врачей по специальностям. Объединения медицинских сестер не столь успешны, и привлечь внимание к голосу профессии пока не смогли, а деятельность профессиональных союзов медицинских сестер обычно не выходит за рамки субъекта Российской Федерации. Несмотря на недостатки, врачебные объединения влияют на разработку законов в области здравоохранения, а страховая медицина все больше ищет их поддержки.

С советских времен клинические врачи брали на себя роли ученых и руководителей. Хотя научные и управленческие институты обладают ограниченным доступом к научным данным, обсуждение политики здравоохранения, как правило, подкреплено клиническим опытом сотрудников этих институтов. Врачи среди политиков — не редкость, а министр здравоохранения и его заместители — все в прошлом врачи. При такой системе руководители здравоохранения достаточно доступны для медицинских работников, сочувствуют им и прислушиваются к их заботам.

### **Общественные организации**

Общественные (негосударственные) организации развиты слабо, нередко сталкиваются с враждебностью старых государственных учреждений и не имеют определенного юридического положения. Благотворительные организации не могут похвастаться своей неподкупностью, и в прошлом не раз становились объектами злоупотреблений. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» (июнь 1995 г.) установил более четкие рамки благотворительной деятельности, но сохранил двусмысленность в вопросах ответственности, налогообложения, нормирования и коммерческой деятельности благотворительных организаций (39). Российские общественные организации получают международную поддержку. Сами они не обслуживают население, но их значение как защитников интересов определенных групп населения растет.

Появились общественные объединения людей с различными заболеваниями, в частности больных сахарным диабетом. Многие из таких организаций обладают веским голосом и активно отстаивают интересы своих членов.

Россия, во многом сохранив структуру советского здравоохранения, произвела ряд глубоких структурных преобразований. Основным является создание Федерального и территориальных фондов ОМС. Структурные реформы стремились избавить здравоохранение от очевидной косности и чрезмерной централизации власти. Теперь управление здравоохранением орга-

низовано по-новому, но деятельность и особенно взаимодействие его органов пока не вполне успешны. Как правило, сегодня различные органы управления здравоохранением налаживают связи друг с другом лишь на время — чтобы решить конкретную задачу. Множество вопросов не попадает в сферу деятельности ни одного из новых руководящих органов. Управление не только не согласовано — в ряде отдаленных районов оно отсутствует, а медицинские учреждения ни перед кем не отвечают (см. также раздел «Планирование, нормирование и управление»).

Не вполне ясно дальнейшее направление структурных реформ в здравоохранении. Вероятно, медицинское обслуживание станет теснее связано с социальным обеспечением, которое, скорее всего, останется в ведении Министерства труда и не перейдет к Министерству здравоохранения. Противоречивы и взгляды на реформы у региональных и местных властей: одни требуют больше независимости, другие хотят вернуть старую централизованную систему организации и финансирования. Любые преобразования, целью которых будет повышение экономической эффективности в здравоохранении, потребуют вложения средств в подготовку руководства.

## Планирование, нормирование и управление

В СССР планирование, нормирование и управление были четко разграничены и находились под контролем федеральной власти. Самым централизованным характером обладало планирование, но и нормирование, и управление подчинялись взглядам и правилам, провозглашаемым Министерством здравоохранения СССР. Децентрализация, которая началась после 1991 г., была стремительной и всеобъемлющей, так что есть все основания опасаться, что она в корне подорвала устоявшиеся методы планирования и нормирования.

Трудности во многом объясняются размахом и глубиной предпринятых реформ. Децентрализация происходила по всем фронтам, и в результате планирование и нормирование стало крайне раздробленным, учитывая самостоятельность нынешних субъектов Российской Федерации. Целостная система, в которой покупатель и производитель медицинских услуг были почти едины, сменилась договорной: в ней (по крайней мере там, где реформы были успешны) производители и покупатели медицинских услуг разделены. Тогда как медицинские учреждения остались в основном в государственной собственности, часть денег они получают не от местных комитетов здравоохранения, а от фондов ОМС и коммерческих страховых компаний. Взаимоотношения производителей и покупателей медицинских услуг строятся на договорах, и поэтому планировать и контролировать качество медицинского обслуживания, а может быть и нормировать его, теперь должны новыми, а отчасти и не испытанными методами.

Официально Министерство здравоохранения отвечает за работу всей системы здравоохранения (кроме ведомственной), местные власти владеют медицинскими учреждениями и следят за ними, а фонды ОМС распределяют финансовые потоки и работают со страховыми компаниями. Тем не ме-

нее задачи каждого из участников этой системы в вопросах планирования, нормирования и управления не ясны, а сосредоточенность федеральной власти на экстренных мерах и крупных реформах привела к отсутствию руководства во многих сферах.

## Планирование

Централизованное планирование советского образца было сосредоточено на распределении средств, соблюдении всегосударственных нормативов и подготовке кадров. При составлении планов полагались на старые шаблоны, и система здравоохранения, не отклоняясь, продолжала развиваться по издавна заведенным направлениям. Главными элементами планирования служили основанные на численности населения средства здравоохранения (число коек, число врачей), а не его результаты. Средства — деньги и кадры — рассчитывали, исходя из числа коек.

Попытки развивать здравоохранение в основном упирались в создание новых учреждений и пополнение коечного фонда. Чтобы обеспечить равное положение здравоохранения во всей стране, его финансирование ориентировали на стандартизованную смертность, но местные особенности при этом учитывали мало. Ежегодное определение бюджета позволяло разрабатывать четкие краткосрочные планы, но они в основном строились на прошлом опыте, а места для долгосрочного планирования и новаторских идей не оставляли. Уверенность, что каждый год похож на предыдущий, подкреплялась тем, что так оно и было. В итоге никаких методов реформирования разработано не было.

Реформы стали настоящим испытанием для старых методов планирования. Очевидно, что вопросы здравоохранения требуют государственного решения, но Министерство здравоохранения вкладывает в финансирование медицинского обслуживания не много, а потому и влиять на него серьезно не в силах. Федеральный и территориальные фонды ОМС пока действуют не в полную силу. В тех субъектах Российской Федерации, где фонды ОМС или их филиалы руководят решениями о закупках и страховыми компаниями, они во многом повторяют советские подходы к планированию. Отделы здравоохранения областей, краев, автономных республик, районов вполне обоснованно стремятся сохранить за собой право планировать капитальные вложения и кадровую политику в своих медицинских учреждениях, но часто наталкиваются на экономические трудности и не вполне уверенно справляются со своими новыми полномочиями. Взаимоотношения участников планирования еще только строятся, а механизмы, которые заставят каждого из них реагировать на действия другого, еще предстоит дорабатывать.

В ходе децентрализации власти многие вопросы планирования повисли в воздухе. Нередко от планирования отказываются изначально, поскольку, с одной стороны, многие считают, что центральное планирование сковывает свободу, а с другой стороны, и это еще важнее, планированию мешает неустойчивость экономического положения, особенно в отсталых районах. Ме-

стные власти больше не обязаны утверждать бюджет здравоохранения в Министерстве здравоохранения, и оно не способно навязать свой взгляд на распределение средств. В такой ситуации министерство не способно выполнить свое обязательство по обеспечению населения всей страны основным набором медицинских услуг. Возникли резкие различия в здравоохранении субъектов Российской Федерации, которые отказываются следовать установленным централизованно задачам, что противоречит принципам эффективного планирования и равенства медицинского обслуживания.

Федеральная власть продолжает судить о здоровье населения по данным санитарно-эпидемиологической службы. Эти данные должны служить основой для планирования медицинского обслуживания, и федеральная власть действительно на них ориентируется. Однако следовать ее распоряжениям субъектам Российской Федерации сложно: их доходы в фонды ОМС различаются, а обеспечить равные условия финансирования здравоохранения действующая система не смогла. Источники финансирования, распределения средств и медицинского обслуживания разделены. Однако необходимо было согласовать и управление ими через фонды ОМС, страховые компании и местные власти. Механизмов для него разработано не было, и в итоге планированием в этой сфере никто не занимается.

Предполагалось, что рыночные механизмы заставят целесообразно использовать имеющиеся средства и тщательно исследовать структуру затрат при планировании. Материальная заинтересованность (в частности, возможность экономить средства при финансировании на душу населения) должна была побудить страховые компании основной упор делать на экономически эффективных методах медицинского обслуживания и устанавливать задачи местному здравоохранению. Больницы и поликлиники в ответ должны были бы соответствующим образом изменить свою деятельность. Конкуренция между страховыми компаниями и между медицинскими учреждениями должна была сделать преимущества такой системы еще более очевидными, и фондам ОМС и местным властям уже не пришлось бы влиять на работу медицинских учреждений, а только следить, чтобы страховые средства использовались по назначению. На деле, однако, финансирование здравоохранения на всех уровнях происходит в условиях недостатка средств, и потребности здравоохранения на него почти не влияют. Конкуренция между страховыми компаниями существует только в крупных городах. Как правило, в отдельной местности имеется по одному медицинскому учреждению каждого уровня и одна страховая компания. Таким образом, создается монополия производителя и покупателя, в условиях которой попытки планировать и влиять на деятельность не эффективны.

Многие районы страдают от экономической нестабильности или ее угрозы, а потому не способны серьезно планировать и распределять очередность задач. По закону фонды ОМС обязаны оплачивать основной набор медицинских услуг, а затраты на него настолько велики, что на другие нужды здравоохранения средств у них не остается. Соответственно, и медицинские учреждения, и страховые компании обычно заняты не долгосрочными планами, а ближайшим будущим и насущными потребностями. Даже в эконо-

мически благополучных районах преобразования в методах медицинского обслуживания ушли не далеко.

Планирование коечного фонда и численности медицинского персонала даже в советские времена было стеснено в средствах. Сегодня сокращения кадров и числа коек обусловлены не планами по улучшению системы медицинского обслуживания, а недостатком средств. Эти сокращения, учитывая сохранившийся с советских времен переизбыток коек и кадров, не отразились на медицинском обслуживании населения, однако в будущем оно может серьезно пострадать от подобного подхода.

Спрос на врачей и медицинских сестер в стране по-прежнему прогнозирует Министерство здравоохранения. Оно рассчитывает, сколько врачей и медицинских сестер потребуется для сохранения нынешнего уровня медицинского обслуживания. Его данные учитывают возрастной состав действующих медицинских работников, их распределение по специальностям и предполагаемый коэффициент сокращения численности работающих. Назвать эти расчеты серьезным планированием кадров нельзя, поскольку жесткого контроля за приемом в региональные медицинские институты и училища не существует, а региональные и местные власти (основные работодатели для медицинских кадров) закрывают медицинские учреждения хаотично, не заботясь о трудоустройстве уволенных работников. Все, что в СССР было надежно, сегодня шатко. Отношение числа врачей к числу коек или медицинских сестер к численности населения больше не является жестким, а планов, которые учли бы превратности нынешней кадровой политики, не разрабатывают<sup>1</sup>.

Сегодня необходимость тратить средства на открытие новых больниц и клиник невелика, а вот оснащение и ремонт существующих медицинских учреждений остро нуждаются в финансировании. По действующему законодательству, любые крупные капитальные вложения в медицинские учреждения должны производить власти соответствующего уровня за счет поступлений в свой бюджет. Страховые компании, в свою очередь, должны, помимо прочего, покрывать периодические расходы больниц и поликлиник, в том числе на техническое обслуживание (только не устаревшего оборудования). Но на деле из-за скудости бюджета крупные капитальные вложения отсутствуют, а более мелкие осуществляют только при наличии средств у данного медицинского учреждения. Поскольку страховые фонды и компании пока не занимаются закупками, редкие приобретения для медицинских учреждений оплачивают региональные или местные власти.

Сейчас любые закупки финансируют местные власти, более не связанные принятыми в СССР ограничениями и нормативами. Попыток планировать закупки на государственном или региональном уровне сделано не много, да и местное планирование не особенно их учитывает. Сегодня все приобретения свидетельствуют о наличии в местном бюджете дополнительных средств и желании местной власти произвести разовые закупки для

---

<sup>1</sup> Планирование кадров существенно осложняется тем, что многие врачи и медицинские сестры старше 60 лет не уходят на пенсию и продолжают работать.

здравоохранения. Таким образом, о дублировании закупок речи не идет, и обычно средства, которые идут на закупки, подрывают финансирование первоочередных потребностей (скажем, развития первичного медицинского обслуживания). Многие региональные власти полностью прекратили капитальные вложения в здравоохранение и не имеют их плана.

Помимо всего прочего, быстро растущая самостоятельность субъектов Российской Федерации подрывает любые попытки центрального планирования. Децентрализация власти обострила неравенство субъектов Российской Федерации и не позволяет целесообразно планировать капитальные вложения и кадровую политику. Тогда как в некоторых регионах разработана четкая схема принятия решений, в большинстве других решениями руководит случай и часто жесткие финансовые условия. Региональное и местное руководство обладает недостаточными знаниями и навыками, чтобы справиться с задачами, которые раньше решали централизованно, а Министерство здравоохранения не способно должным образом помочь им. Из-за всех этих недостатков во многих областях планирование основано на прежнем опыте. Осуществляют планы, судя по всему, тоже в основном бессистемно, исключения составляют только благополучные в финансовом и кадровом обеспечении области. Что касается неблагополучных областей, то судьба их здравоохранения в отсутствие центрального планирования весьма неопределенна.

С 1998 г. введен новый метод планирования медицинского обслуживания, в котором участвуют ключевые руководящие органы всех уровней власти. Министерство здравоохранения, Федеральный фонд ОМС и региональное руководство здравоохранения принимают трехстороннее соглашение, в котором на имеющиеся в здравоохранении средства обязуются обеспечить граждан основным набором медицинских услуг. Это соглашение — Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (далее — программа государственных гарантий; подробнее см. раздел «Набор медицинских услуг»). Программа государственных гарантий определяет минимальный набор и объем медицинских услуг, которые субъекты Российской Федерации должны предоставлять своим гражданам бесплатно. Она служит и средством планирования по двум направлениям. Во-первых, она должна упростить процесс преобразования системы медицинского обслуживания — переход главной роли от стационарного к первичному медицинскому обслуживанию. Во-вторых, она должна привести в соответствие средства здравоохранения и обеспечение населения бесплатной медицинской помощью.

Набор и стоимость бесплатных медицинских услуг определяют на двух уровнях. Министерство здравоохранения вместе с Федеральным фондом ОМС разрабатывает федеральную программу государственных гарантий. Затем региональные отделы здравоохранения при содействии региональных властей и вместе с территориальным фондом ОМС разрабатывают региональную программу государственных гарантий, которая должна быть не меньше программы, установленной на федеральном уровне, но дополнить набор бесплатных медицинских услуг имеет право. Федеральную программу

одобряет правительство страны, региональную — правительство субъекта Российской Федерации. И федеральную, и региональную программы ежегодно пересматривают.

По сути, федеральная программа государственных гарантий устанавливает минимальный план потребления медицинской помощи в стране и одновременно определяет направления преобразований медицинской помощи. Этими направлениями служат объем стационарной помощи (нормы койко-дней в обычном и дневном стационаре или число выездов скорой помощи на человека в год) и стоимость основного набора медицинских услуг на человека в год.

Цель программы государственных гарантий — преобразовать медицинское обслуживание. Она ограничивает число койко-дней, благодаря чему освобождаются средства, которые следует направить на расширение объемов амбулаторной помощи. Изначально планировали, что потребление стационарной помощи сократится на 18,5%; сэкономленные при этом средства увеличат финансирование первичного медицинского обслуживания на 27% в 1999 г. (на 35—40% в последующие годы).

Вторая задача программы государственных гарантий — планировать потребление медицинских услуг с учетом имеющихся средств, то есть определить объем медицинских услуг, которые можно предоставить бесплатно. Сначала это делает федеральная власть, затем — региональная. Последняя обязана обеспечить свое население бесплатными медицинскими услугами в объеме, не меньшем гарантированного государством.

Однако государственных средств на бесплатное медицинское обслуживание недостаточно. В частности, в 1999 г. государственные средства могли покрыть лишь 75% стоимости медицинской помощи. Тем не менее недостаток средств не привел к пересмотру и сокращению программы государственных гарантий. Поскольку всестороннее медицинское обслуживание гарантировано конституцией, программа государственных гарантий не смогла сдержать обещание и сопоставить объем бесплатной помощи с наличием средств на нее. Дефицит средств в субъектах Российской Федерации восполняется за счет неофициальной оплаты медицинской помощи и платных медицинских услуг (не включенных в основной набор медицинских услуг)<sup>1</sup>.

Тогда как большинство субъектов Российской Федерации уже участвует в составлении программ государственных гарантий, иногда между региональным и федеральным руководством возникают политические разногласия: первые навязывают собственную власть, а последние отстаивают самостоятельность.

Тем не менее в субъектах Российской Федерации, которые активно занимаются составлением программ государственных гарантий, департаментам

---

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения знает о недостатке средств и признает, что программа недоделана, но способов решить этот вопрос не видит. Впервые о необходимости совместной ответственности за издержки министр здравоохранения упомянул в июне 2001 г., но ни общественного обсуждения этого вопроса, ни планов официально перейти к распределению издержек пока не было.

здравоохранения удалось усовершенствовать навыки планирования, и они впервые принимают участие в составлении плана действий и обработке информации, а следовательно, лучше осведомлены о структуре затрат и строже следят за отчетностью. Таким образом, планирование сегодня в корне отличается от прежнего, основанного на устоявшихся подходах и данных о потреблении медицинской помощи за истекший год. Новый подход является важной попыткой заменить централизованное планирование, которое исчезло в связи с децентрализацией власти и стремлением субъектов Российской Федерации к независимости.

## Нормирование

Нормирование серьезно пострадало в результате перехода власти к субъектам Российской Федерации и отказа от советских методов руководства. До 1991 г. ответственность за установление нормативов в отношении лекарственных средств, медицинской техники, медицинского персонала, медицинских учебных заведений, программ подготовки врачей и медицинских сестер в конечном счете несло Министерство здравоохранения СССР. Обычно правила и нормативы разрабатывала федеральная власть, а республиканские министерства были обязаны обеспечить их соблюдение в своей республике. Они заботились о том, чтобы областные и районные комитеты здравоохранения распространяли правила и нормативы в местных медицинских учреждениях и следили за их исполнением. Важную роль играла и санитарно-эпидемиологическая служба, которая проверяла санитарную и экологическую обстановку и добивалась соблюдения санитарно-гигиенических норм.

Децентрализация означает передачу значительной части полномочий в области нормирования. На региональные и местные отделы и комитеты здравоохранения в качестве органов, обеспечивающих соблюдение установленных государством правил, возложены дополнительные обязанности, а фондам ОМС предписано играть менее значительную роль — следить за соблюдением требований к качеству медицинского обслуживания. То, что медицинские учреждения принадлежат непосредственно региональным и местным властям, не должно приводить к противоречиям в нормировании.

Способность региональных отделов здравоохранения справляться со своими обязанностями существенно различается. Субъекты Российской Федерации, которые стараются сохранить хотя бы минимальный уровень медицинского обслуживания, контролем и нормированием не занимаются.

Санитарно-эпидемиологическая служба продолжает иметь общегосударственное значение в нормировании, проверках и наблюдении за медицинскими учреждениями и требованиями. Отчитывается она перед Министерством здравоохранения. Санитарно-эпидемиологическая служба следит за соблюдением установленных законом норм в отношении санитарно-гигиенических условий и экологической обстановки. Однако ее право требовать соблюдения этих норм несколько ослабло, и в целом сегодня санитарно-эпидемиологическая служба слабее Министерства здравоохранения. На са-

мом нижнем уровне в работу санитарно-эпидемиологической службы вмешивается коррупция: всем известно, что лучшее средство от претензий к пункту общественного питания и прочим предприятиям общественного обслуживания — взятка санитарному инспектору.

В целом роль региональных властей в нормировании возросла, и из-за этого у них возникают трения с федеральной властью, которая стремится сохранить свои позиции. Не так давно Министерство здравоохранения изучало работу региональных органов управления здравоохранением с тем, чтобы ввести более однородные нормативы по всей стране.

### **Лекарственные средства**

Нормированием лекарственных средств теоретически занимаются различные участники материально-технического обеспечения. Министерство промышленности руководит производством лекарственных средств, Министерство здравоохранения лицензирует препараты и следит за их импортом, санитарно-эпидемиологическая служба отвечает за экологическую безопасность фармацевтического производства. До 2002 г. фармацевтическая промышленность не имела «Правил производства лекарственных средств и контроля за их качеством» (GMP, Good Manufacturing Practice), но сейчас их разрабатывают. Надзор и нормирование в этой области происходят вяло, хотя обеспечение учетными препаратами строго регламентировано.

Лекарственные средства распространяют как через больницы, где они официально выдаются бесплатно (на деле больные часто их покупают), так и через аптеки — государственные и частные. За назначение лекарственных средств госпитализированным больным отвечают заведующие отделениями, а за соблюдением нормативов аптеками (независимо от форм собственности) следят местные отделы здравоохранения. Отпускать лекарственные средства разрешено только лицам со специальным образованием, кроме того, аптеки обязаны платить налоги местным властям, а вот за количеством частных аптек и аптечных пунктов не следят. Ограничить оптовые и розничные цены на лекарственные средства попытались, но проследить за соблюдением подобных распоряжений смогли далеко не все местные власти, и цены на лекарственные средства в разных субъектах Российской Федерации отличаются большим разнообразием. До недавнего времени никак не ограничивалась закупочная цена (первая оптовая цена, которую не разглашают), и доходы аптек колебались колоссально. В 2000 г. правительство начало регистрировать закупочные цены на импортные препараты, вероятно, на этой основе будет происходить и регуляция цен. В то же время на деле такой подход не эффективен (см. раздел «Изучение лекарственного и технического обеспечения»).

### **Современная медицинская техника**

Контроль за приобретением современного медицинского оборудования тоже перестали осуществлять. Хотя производство и импорт медицинской техники официально остались в ведении Министерства здравоохранения, его власти больше не достаточно для того, чтобы диктовать свою волю регио-

нальному руководству. Совсем недавно было введено правило осуществления централизованных закупок (от лица федеральной или региональных властей) по предварительным заявкам от местных властей, но оно распространяется только на очень дорогое оборудование. Остальную медицинскую технику можно закупать, не советуясь с вышестоящей властью, и главным критерием для принятия решения служит наличие средств. Официально и местные власти официально не могут помешать больнице и поликлинике купить оборудование. В то же время платят за него в основном отделы и комитеты здравоохранения (фондам ОМС взять на себя важную роль в материально-техническом обеспечении медицинских учреждений только предстоит), так что в их руках находятся мощные рычаги воздействия на решения медицинских учреждений. Однако комитеты здравоохранения изучают запросы на медицинскую технику, составляют мнение о целесообразности покупки того или иного аппарата и даже проверяют качество содержания имеющегося оборудования, можно сказать, бессистемно. Поэтому часто, как только появляются средства, руководство вместо того, чтобы поддерживать первичную медицинскую помощь, закупает тончайшую технику.

### **Квалификация медицинских работников**

К персоналу, который будет работать с новым оборудованием, официальных требований не предъявляют. Обычно персонал проходит курс обучения у поставщика оборудования; принято считать, что благоразумие старших врачей защитит оборудование от ошибок неопытных сотрудников. В целом требований к квалификации действующих врачей и медицинских сестер почти нет.

Периодического лицензирования медицинских работников не проводится, хотя вопрос о его введении и обсуждался, так что для выполнения той или иной медицинской процедуры специального допуска не требуется. Для практической работы достаточно одного диплома. В СССР требовалось раз в пять лет без отрыва от работы проходить курсы повышения квалификации, теперь этот порядок отменен. Курсы последипломного образования существуют, и многие врачи ими пользуются, но не потому, что от них того требуют нормативы, а потому, что они дают надежду на повышение по службе и прибавку к заработной плате<sup>1</sup>. Если врач не стремится получить подтверждение своей возросшей опытности путем действующих квалификационных процедур, он свободно избегает любых проверок знаний и навыков. Тем не менее главные врачи больниц проверяют работу своих сотрудников, и не в последнюю очередь потому, что отвечают за качество медицинского обслуживания в своих больницах. Методы они используют во многом схожие с теми, что приняты во многих европейских странах.

Официально медицинские учреждения отчитываются перед местными отделами здравоохранения. Теоретически, больницы и поликлиники работают лишь с разрешения областного или районного комитета здравоохра-

---

<sup>1</sup> Квалификацию врача, присваиваемую по окончании института, можно повысить до второй и первой категории с повышением заработной платы на 5% и 7% соответственно.

ния, но эти органы, по видимому, не руководствуются ни определенной схемой лицензирования, ни четкими критериями качества. Хотя они и имеют право проверять состояние помещений, квалификацию персонала и методы ведения больных, а в конечном счете и закрывать отделения и учреждения, в основном местные власти заняты поддержанием рабочего состояния медицинских учреждений, а не нормированием их деятельности.

В несколько ином положении пребывают больницы и поликлиники, в которых предлагают платные медицинские услуги, так как закон требует, чтобы они получили особую лицензию и предоставили в комитет здравоохранения тарифы на медицинские услуги. Однако, судя по всему, эти требования чаще (по крайней мере, в крупных городах) не выполняют, и ни разу местные власти не воспротивились предлагаемым ценам. Прочие пути финансирования и вопросы распределения бюджета в больницах, в том числе и размер заработной платы персонала, премий, договоров со страховыми компаниями, находятся в ведении главного врача больницы, но местные власти имеют право их пересматривать.

Несмотря на движение к дальнейшей децентрализации нормирования, за некоторыми областями Министерство здравоохранения следит. Территориальные фонды ОМС действуют под надзором Федерального фонда ОМС — он следит за их работой и неподкупностью решений, а также пытается выравнять материальное положение территориальных фондов ОМС. Однако на деле уравнивать финансовые условия территориальных фондов ОМС не всегда удается, и неравенство между субъектами Российской Федерации растет. Деятельность Федерального фонда ОМС находится под контролем Федерального Собрания и Министерства здравоохранения. В частности, федеральное руководство определяет размер взносов (долю фонда оплаты труда) в фонды ОМС, а также объем гарантированной бесплатной медицинской помощи, определяемый основным набором медицинских услуг.

Нормированием медицинского образования тоже занимается федеральное руководство. Подготовка врачей и медицинских сестер остается в ведении государства, и Министерство здравоохранения не намерено разрешать частные медицинские учебные заведения. За соблюдением требований, разработкой учебных программ, проведением экзаменов и так далее Министерство здравоохранения следит совместно с Министерством образования. Но, как и в советские времена, некоторые задачи осуществляют региональные власти, и тщательно проследить за качеством нормативов, разрабатываемых региональным руководством, министерства не могут. Недостает им сил или желания и на установление жестких процентных норм, которые ограничили бы набор в местные медицинские институты и училища. Соответственно, и число студентов в них остается высоким, хотя пожизненное трудоустройство выпускникам больше не гарантируется.

Подготовку узких специалистов тоже нормирует государство, и требования к последиplomному обучению по каждой специальности устанавливает Министерство здравоохранения. В 1991 г. в ней произошли преобразования — была введена программа трехлетней подготовки врачей общей практики и семейных врачей. Но и здесь, как и в базовом медицинском образова-

нии, федеральное руководство одобрило основное содержание программы и определило требования к качеству подготовки, и теперь за выполнением этих нормативов следить должны местные отделы здравоохранения.

### **Нормативы**

Безусловно, ранее существовавший жесткий центральный надзор за соблюдением нормативов ослаб. Но сказать, что именно из-за этого появились межрегиональные различия или ухудшилось материально-техническое и физическое состояние медицинских учреждений, нельзя, поскольку в этом прежде всего виновен недостаток средств. Тем не менее ослабление центрального контроля за соблюдением нормативов отнюдь не помогает региональному руководству обеспечивать медицинскую помощь. Все чаще больницы, поликлиники и комитеты здравоохранения в самых бедных районах полностью поглощены борьбой за выживание и позволяют требованиям снижаться, тогда как в более обеспеченных районах они реагируют на потребности от случая к случаю, не строя планов на будущее. О введении новых нормирующих органов речи нет. Скорее, бытует надежда на улучшение ситуации в стране, что позволит существующим органам и страховым фондам полноценнее выполнять свои задачи.

### **Управление**

#### **Федеральная и региональная власти**

На общегосударственном уровне низкая эффективность современного управления здравоохранением обусловлена слабостью Министерства здравоохранения. Взгляды Министерства финансов на очередность задач и методы их решения часто отличаются от таковых Министерства здравоохранения, и последствия этого противоречивы. Так, Министерство финансов указывает Министерству здравоохранения, сколько средств имеется на медицинское обслуживание и как их следует распределить, причем обязывает выплачивать оклады сотрудникам федеральных медицинских учреждений из бюджета. В то же время из-за крайне скудного финансирования в этих учреждениях число больных сократилось, а качество лечения упало. Но за эти последствия Министерство финансов не отвечает и продолжает призывать медицинских работников работать в таких учреждениях (36).

Не лучше положение и у Министерства экономики, которое планирует вложение средств. Выделить ли средства на тот или иной план, когда и в каком объеме, решает все то же Министерство финансов, мало советуясь с министерствами здравоохранения и экономики (36).

Кроме того, Министерство финансов участвует в обеспечении программы государственных гарантий и программ финансирования, вступая таким образом в сферу интересов Министерства здравоохранения, Министерства экономики и Федерального фонда ОМС. Используя собственные подходы к управлению государственными средствами, Министерство финансов не дает Министерству здравоохранения вводить свои методы повышения экономической эффективности использования средств. Министерство финан-

сов, выделяя бюджетные средства, стремится сохранить действующие медицинские учреждения, несмотря на уровень и объем оказываемой ими помощи. Таким образом, оно подрывает принципы финансирования по объему и качеству медицинского обслуживания и мешает развиваться должным образом отношениям в системе ОМС.

Взаимоотношения Министерства здравоохранения и Федерального фонда ОМС, напротив, улучшаются и развиваются, несмотря на то что законодательство весьма смутно разделяет их обязанности. Федеральный фонд ОМС взял на себя множество задач Министерства здравоохранения (в частности, контроль за качеством, нормирование медицинского обслуживания, развитие информационных технологий, определение основного набора медицинских услуг). Но сегодня руководящие принципы фактически устанавливает Министерство здравоохранения, а Федеральный фонд ОМС вместе с ним внедряет их в жизнь.

Для воздействия на субъекты Российской Федерации в распоряжении Министерства здравоохранения имеются следующие средства:

- право устанавливать требования к диагностике и лечению, оборудованию медицинских учреждений, обеспечению расходными материалами, медицинской техникой и лекарственными средствами, объему медицинских услуг;
- бюджетные средства на содержание федеральных медицинских учреждений;
- федеральные целевые медицинские программы;
- средства информации;
- подготовка кадров.

Перечисленных средств явно мало для того, чтобы Министерство здравоохранения смогло осуществить свои намерения по преобразованию медицинского обслуживания в России. Как отмечалось в предыдущих разделах, Министерство здравоохранения, хотя и может устанавливать требования, обеспечить их выполнение оно не способно, поскольку за их соблюдением следят региональные власти. Почти во всех сферах деятельности (за исключением санитарно-эпидемиологической службы, которая сохранила прежнюю вертикальную структуру управления) Министерство здравоохранения свою власть устанавливать не способно. Методы управления, которыми оно пользуется, включают всероссийские совещания с руководителями здравоохранения и фондов ОМС, на которых согласуют принципы действия; договоры о совместных действиях; трехсторонние соглашения между Министерством здравоохранения, Федеральным фондом ОМС и региональным руководством<sup>1</sup>, заслушивание глав региональных органов управления здравоохранением на заседаниях Коллегии Министерства здравоохранения, определение районов для экспериментов по введению тех или иных реформ.

Власть Министерства здравоохранения ослабла не только из-за децентрализации, но и от внутреннего несовершенства, которое еще сильнее ограни-

---

<sup>1</sup> Таким образом, в частности, было достигнуто соглашение о программе государственных гарантий, которая подробно обсуждается в разделе «Набор медицинских услуг».

чивает его способности влиять на региональное руководство. Система управления министерства отражает, что оно в первую очередь занято сиюминутными задачами, а не общими и долгосрочными целями. Тогда как для решения ближайших задач имеется развитая (правда, централизованная и бюрократическая) система, для долгосрочного управления действенных подходов не существует. Министерство здравоохранения сосредоточено на оказании помощи субъектам Российской Федерации в чрезвычайных ситуациях, а вот помочь им в структурных преобразованиях не может. Более того, структура Министерства здравоохранения никоим образом не дает представления о степени важности того или иного первоочередного мероприятия в программе реформ. В частности, в нем нет отдельных подразделений, отвечающих за развитие первичного медицинского обслуживания, или больниц, или внедрения современных технологий. Не существует ни отдела долгосрочного планирования, ни отдела по работе с руководством регионов. Более того, действующие отделы мало занимаются реформами, отдавая большую часть своего времени сиюминутным задачам или, скажем, планированию и финансированию федеральных медицинских учреждений, а вот на то, чтобы разобраться с запросами из регионов, времени им не хватает (36).

Судя по опросу сотрудников региональных и местных органов управления здравоохранения о роли Министерства здравоохранения, вернуться к старым центральным методам управления не хочет никто (36). Децентрализация дала руководителям здравоохранения массу преимуществ, в частности, они теперь больше знают о нуждах местного населения, лучше освоились в принятии решений. Местные руководители ждут, чтобы Министерство здравоохранения: 1) помогало перераспределять медицинское оборудование — из районов, где потребность в нем мала, в те, где оно крайне необходимо; 2) распространяло сведения о ценах производителей на лекарственные средства; 3) разрабатывало правила и требования в определенных сферах (в частности, минимальный объем медицинского обслуживания для определенных групп населения) и руководства по лечению; 4) проводило федеральные целевые программы. Пока не все эти задачи министерство действительно выполняет.

Региональные и местные органы управления здравоохранением не сетуют на слабость Министерства здравоохранения в вопросах долгосрочного планирования развития данной области. Они вообще не рассматривают министерство в качестве органа, ответственного за будущее здравоохранения.

В 2000 г. Министерство здравоохранения попыталось вернуть централизованное управление своей сферой и восстановить свои права. С этой целью оно косвенно попыталось установить вертикальную схему управления, подписав с субъектами Российской Федерации соглашение о распределении обязанностей («трехсторонние соглашения», подробнее см. раздел «Набор медицинских услуг»). Но поскольку в его руках имелась лишь незначительная часть средств на здравоохранение (около 5%<sup>1</sup>), а навыков управления и

---

<sup>1</sup> Подробности в разделе «Финансирование здравоохранения и затраты на него».

руководства ему не хватило, эта задача для него оказалась непосильной. Многие субъекты Российской Федерации, особенно экономически более крепкие, накопив опыт и знания в области управления средствами, разработали четкие представления о том, чего они хотят, и стали мыслить в масштабах собственной политики здравоохранения. Возникли противоречия — Министерство здравоохранения было склонно вернуться к централизованному управлению, а региональные власти, воспользовавшись независимостью, разработали собственные средства управления и не захотели уступить свои позиции министерству. В разных регионах эти противоречия выражены более или менее сильно, и более слабые все еще зависят от руководящих распоряжений Министерства здравоохранения.

Организационная структура региональных органов управления здравоохранения имеет массу недостатков. В частности, их структура чаще основана на привычных схемах, чем на необходимости осуществления общих задач. Так, часто отсутствуют крайне необходимые отделы (в том числе те, что занимались бы долговременным планированием, информационными технологиями, разработкой требований к диагностике и лечению). Связанные по роду деятельности отделы нередко подчиняются разным руководителям, тогда как те, что занимаются абсолютно несочетаемыми задачами, имеют общее руководство. Каждый субъект Российской Федерации имеет право организовывать управление здравоохранением по своему усмотрению, и структура их отделов и комитетов здравоохранения различна.

Отношения между региональным руководством здравоохранением и территориальными фондами ОМС (равно как и страховыми компаниями) изначально были натянутыми. Очень часто местные руководители считали, что эти новые организации вторгаются в их привычную сферу влияния, и не поддерживали создания территориальных фондов ОМС. Увидев, что с их появлением средств на здравоохранение прибавилось, местные власти стали относиться к фондам ОМС чуть благосклоннее, но дальше дело не пошло и полноценное введение медицинского страхования так и осталось без должной поддержки<sup>1</sup>. Общая картина такова: чем хуже финансовое положение и чем слабее руководство субъекта Российской Федерации, тем сильнее он противился медицинскому страхованию. Власти, не умеющие наладить финансовое положение и руководство, крайне зависят от бюджетных средств, не способны быстро ориентироваться и меняться, а потому боятся реформ. В 1994 г. большинство региональных властей потребовали отдать им право распоряжаться средствами, собранными территориальными фондами ОМС. Некоторые считали, что и управлять фондами ОМС тоже должны местные власти, а страховые компании не нужны вовсе. Однако Государственная дума эти требования отклонила. Сегодня отношения между руководством здравоохранением и фондами ОМС в разных регионах разные. Кое-где они стали добрыми партнерами, чаще сотрудничества не получилось и каждый из них действует сам по себе, а в некоторых субъектах Рос-

---

<sup>1</sup> Это важная причина неполного соблюдения законов о медицинском страховании. Подробнее эти вопросы обсуждаются в разделе «Финансирование здравоохранения и затраты на него».

сийской Федерации местное руководство здравоохранением управляет и фондом ОМС.

В результате реформы финансирования и распада централизованного управления вертикали подчинения стерлись. Региональные и местные руководители здравоохранения, которые владеют медицинскими учреждениями и официально нанимают их персонал, сохранили за собой право следить за медицинским обслуживанием, но при этом они редко могут обеспечить нормальные условия и соблюдение требований в медицинских учреждениях. Пока в больницах и поликлиниках не создают правления или другого исполнительного органа. Нет возможности принять сколь-нибудь деятельное участие в планировании или управлении в области здравоохранения и у граждан. Вместо них различные задачи управления, призванные обеспечить экономичность, эффективность и гуманность медицинского обслуживания, должны выполнять страховые компании или филиалы территориальных фондов ОМС, выступающие в качестве покупателей медицинских услуг. Кроме того, под покровительством территориальных фондов ОМС они, по умолчанию, должны решать и ряд общих вопросов регионального или местного значения.

Руководители территориальных фондов ОМС, в свою очередь, должны проследить за тем, чтобы страховые компании на имеющиеся средства установили очередность закупок и наняли медицинские учреждения, которые смогут обслуживать население на должном уровне. В то же время им не хватает опыта, чтобы заранее учесть все потребности и выбрать из числа местных медицинских учреждений лучшие. Планирование во многом основано на привычках и прошлом опыте. Отчасти это связано с тем, что ввиду необходимости обеспечить население основным набором медицинских услуг выбор медицинских учреждений у оплачивающей стороны невелик. Однако еще важнее то, что схема заключения договоров, при которой плательщик должен сам определить доли закупаемых первичных, специализированных и высокоспециализированных медицинских услуг, пока не обеспечена достаточными научными данными, которые могли бы помочь в этом. Необходимые для определения потребностей населения эпидемиологические данные руководителям здравоохранения доступны, а вот в систему фондов ОМС они (за исключением сведений о некоторых инфекционных заболеваниях) не поступают, и при разработке направлений развития и планирования здравоохранения их не используют. Участвовать в здравоохранении, как это делают покупатели медицинских услуг в других странах, в России им лишь предстоит. Пока они не вполне пользуются своими возможностями влиять на поведение медицинских учреждений с помощью договоров с ними. Не разработаны ими и методы оценки своей деятельности и ее результатов. Таким образом, покупая медицинские услуги, страховые компании скорее руководствуются установленными государством минимальными требованиями и прошлым опытом, а не тщательно разработанным планом.

Тогда как возможности местных руководителей здравоохранения расширились, в целом управление здравоохранением и согласованность его рабо-

ты ослабли. Местные органы власти или комитеты здравоохранения, которые ранее могли бы взять на себя эту роль, сегодня на это не способны, поскольку больше не распоряжаются средствами, и потому их положение относительно положения больниц и поликлиник ослабло. Они крайне стеснены и в других областях деятельности. Занять их место в управлении пока не смогли и фонды ОМС. Таким образом, в большинстве субъектов Российской Федерации, а может и в России вообще, будущее управления здравоохранением на региональном уровне пока не понятно.

### **Либерализация управления в медицинских учреждениях**

Помимо прочего, реформы, как, в сущности, и предпринятые еще в СССР попытки ввести так называемый новый хозяйственный механизм, направлены на либерализацию управления. Раньше медицинское обслуживание определялось планами и нормативами, тщательное соблюдение которых следовало обеспечивать управлением на всех уровнях. Такое управление уместнее назвать жестким контролем, и у отдельно взятого руководителя было весьма немного возможностей действовать самостоятельно. Местные руководители здравоохранения назначались центральным правительством, а руководители больниц и поликлиник действовали в столь четко обозначенных рамках, что вмешиваться в их дела не было смысла.

Одной из первых попыток наделить значительной властью главных врачей больниц стал начатый в конце 1980-х гг. эксперимент в Кемеровской области. Главным врачам разрешили по своему усмотрению принимать на работу и увольнять сотрудников, распределять заработную плату и премии, предъявлять требования к работе персонала. Им предоставили и некоторую финансовую свободу, позволив зарабатывать, оставляя деньги у себя. Сегодня право принимать решения о закупках предпочитают передавать не медицинским учреждениям, а фондам ОМС. Однако и главные врачи, которые уже научились уверенно руководить медицинскими учреждениями, должны быть более самостоятельными.

Сосредоточив усилия на расширении полномочий главного врача, власти стремились провести реформы снизу вверх, но при этом не приняли во внимание, что основные, всеобъемлющие задачи здравоохранения нуждаются в общем руководстве. Сейчас и поликлиники, и больницы, и специализированные учреждения становятся все более самостоятельными. Ослабли даже устоявшиеся связи поликлиник с больницами. Области взаимодействуют друг с другом и обмениваются знаниями мало, не говоря уже о субъектах Российской Федерации. Хотя санитарно-эпидемиологическая служба продолжает отчитываться перед центральными органами управления здравоохранением и следит за соблюдением установленных правительством нормативов, остальные обязанности по охране общественного здоровья поделены между местным руководством здравоохранения и страховыми фондами, а целостного взгляда на них нет ни на уровне района, ни на уровне региона. Не вполне определены способы воздействия на планирование и обратно.

Сегодня у руководства больниц и поликлиник прав больше, хотя неко-

торые из них не подкреплены законами (в частности, не всегда главный врач способен уволить сотрудника)<sup>1</sup>. По сути, главный врач медицинского учреждения выполняет функции директора: он определяет бюджет, управляет распределением средств и формированием доходов, обсуждает условия договоров со страховыми компаниями или заказчиками и подписывает их, организует платное медицинское обслуживание. За соблюдение нормативов главный врач отвечает перед местным комитетом здравоохранения, иногда перед финансирующей стороной. Возросшая свобода действий, судя по всему, большинству главных врачей по душе, а вот обилие бумажной работы, связанной с ведением бухгалтерии и заключением контрактов, их не устраивает. К тому же руководителей медицинских учреждений тревожит необходимость справляться с задачами, решать которые в одиночку невозможно.

## Децентрализация системы здравоохранения

До второй половины 1980-х гг. медицинское обслуживание в СССР отличалось крайне централизованной структурой. После распада СССР все российские реформы подразумевали децентрализацию.

### Переход власти

Формально перераспределение власти в здравоохранении началось с введением нового хозяйственного механизма<sup>2</sup> в 1989 г., когда Совет Министров СССР своими постановлениями способствовал переходу от централизованного вертикального механизма управления к децентрализованному. Управление основным объемом средств на местное здравоохранение передали местным советам народных депутатов. Нормативы штатного расписания медицинских учреждений (именно они служили основным рычагом центрального управления) стали необязательными. С 1988 г. главные врачи получили право самостоятельно определять штат и заработную плату своих сотрудников, а также по собственному усмотрению перераспределять бюджетные средства, за исключением средств на заработную плату, питание и лекарственное обеспечение. Полную власть над собственным бюджетом главные врачи получили в 1991 г. (40).

В то же время местным властям не всегда хватало деловой хватки, чтобы в полной мере воспользоваться обретенной свободой. В действительности перераспределение власти в здравоохранении скорее следует рассматривать как следствие растущей самостоятельности субъектов Российской Федерации на фоне ослабления власти российского руководства. На первых этапах

---

<sup>1</sup> Главный врач часто не может уволить сотрудника, даже достигшего пенсионного возраста.

<sup>2</sup> Имеются в виду предпринятые в 1987—1991 гг. эксперименты по введению новых форм организации и финансирования здравоохранения. Подробности — в разделе «Финансирование здравоохранения и затраты на него».

реформ между руководством страны и местными властями стали возникать трения — местные власти нередко придерживали налоговые поступления или отказывались исполнять центральные распоряжения. Если изначально правительство страны намеревалось провести децентрализацию власти «сверху», постепенно его отношения с набирающими силу регионами менялись — все чаще центр не поощрял, а сдерживал самостоятельность регионов. По мере того как центральное руководство все больше пренебрегало своими обязанностями перед субъектами Российской Федерации, последние распространяли свою власть за рамки, установленные конституцией 1993 г., федеральными законами и прочими двусторонними соглашениями с центром (41). В итоге регионы обрели фактическую независимость, а вот реально воспользоваться ею им часто мешало отсутствие как законных оснований, так и денег, и умелого руководства.

По изданному в 1991 г. закону о бюджетном процессе<sup>1</sup> государственным властям каждого уровня было поручено самостоятельно составлять, утверждать и исполнять свой бюджет. То есть утверждать бюджет местного здравоохранения теперь не надо было ни в Министерстве здравоохранения, ни в Министерстве финансов. Еще более обширные изменения в административной и бюджетной системах ввел закон 1992 г.<sup>2</sup> В соответствии с ним области и края получили те же права в сфере собственного социально-экономического развития, что и республики Российской Федерации. Новые права местных властей были подтверждены конституцией 1993 г. Таким образом, была создана юридическая основа для передачи полномочий центрального руководства региональным и местным властям. Им предоставили право распоряжаться своими средствами и управлять медицинским обслуживанием, назначать руководство своим здравоохранением и своими медицинскими учреждениями, разрабатывать собственные программы в областях медицинского обслуживания, укрепления здоровья населения и профилактики заболеваний. Сегодня региональными медицинскими учреждениями всецело руководят региональные власти, городскими, районными больницами и поликлиниками — местные власти соответствующего уровня<sup>3</sup>.

Порожденная реформами чрезвычайно децентрализованная и раздробленная система здравоохранения представляет собой множество отчасти связанных друг с другом, отчасти самостоятельных административно-территориальных единиц. Мы уже рассказывали о том, что современным российским здравоохранением управляют пять независимых друг от друга систем: система Министерства здравоохранения, система ОМС, санитарно-эпидемиологическая служба, ведомственная медицина и Российская ака-

---

<sup>1</sup> Закон «Об основах бюджетного устройства и бюджетного процесса в РСФСР», октябрь 1991 г. (№ 1734-1).

<sup>2</sup> Закон «О краевом, областном Совете народных депутатов и краевой, областной администрации», март 1992 г. (№ 2449).

<sup>3</sup> Более четко уровни управления медицинскими учреждениями описаны в разделе «Организация здравоохранения».

демия медицинских наук. Более того, власть внутри двух первых систем опять же децентрализована (40). В итоге система здравоохранения осталась без единого руководителя, ведь Министерство здравоохранения больше не устанавливает обязательной для всех политики здравоохранения и ее приоритетных направлений. Столь раздробленная система не в состоянии действовать как единое целое, и перед Россией встала вполне реальная угроза остаться без всеобщей государственной системы здравоохранения (40).

Административная реформа 2000 г. распределила существующие 89 субъектов Российской Федерации на семь федеральных округов, каждый из которых возглавляет назначаемый президентом Полномочный представитель Президента. Пока на системе здравоохранения эти преобразования отразились мало. В каждый федеральный округ президент направляет представителей своей администрации, в том числе и со стороны Министерства здравоохранения. Они предпринимали попытки урегулировать потоки больных в пределах округов и учредить нормативы, но пока эта деятельность результатов не принесла.

Министерство здравоохранения пыталось косвенно, путем ряда соглашений с федеральной и региональными властями (трехсторонних соглашений), учредить вертикальную схему организации системы здравоохранения. Однако удалось ему в лучшем случае немного. Реорганизовать подобным образом систему здравоохранения, восстановить вертикальную власть Министерства здравоохранения и увеличить финансирование здравоохранения за счет государственного бюджета власти пытаются в проекте закона «О здравоохранении в Российской Федерации». Однако в парламенте его не принимают ввиду отсутствия средств.

### **Передача полномочий**

Еще одна сторона децентрализации управления российским здравоохранением — передача полномочий. Она началась с принятых в 1991 г. и 1993 г. законов о медицинском страховании, которыми были учреждены фонды ОМС. Цель этих реформ — разделить производителя и покупателя медицинских услуг, создать негосударственную систему управления и финансирования здравоохранения, которая под действием рыночных механизмов приведет к повышению эффективности и рентабельности медицинского обслуживания, но при этом останется под контролем государства. Система государственного медицинского страхования в России является полугосударственной, в нее входят Федеральный и территориальные фонды ОМС и их филиалы — все это полугосударственные учреждения, которые государству не принадлежат, но находятся под его контролем.

### **Распределение власти**

Распределение власти произошло, когда контролем и нормированием медицинской деятельности вместо Министерства здравоохранения стали за-

ниматься областные и районные комитеты здравоохранения (см. раздел «Организация здравоохранения»).

### **Приватизация**

Разделение в 1991—1993 гг. производителей и покупателей медицинских услуг открыло частным страховым медицинским компаниям возможность на местном уровне предлагать свои услуги. Кроме того, врачам, стоматологам и фармацевтам была разрешена частная практика. Из числа медицинских учреждений форму собственности сменили в основном аптеки, предприятия по производству медицинского оборудования и стоматологические клиники. Частной медицинской практикой в России сегодня занимаются стоматологи, гинекологи, дерматологи и другие специалисты. Частные диагностические медицинские учреждения — это в основном кабинеты УЗИ и рентгенологических исследований. Однако имеются частные клиники с широкими диагностическими возможностями.

«Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», разработанная Министерством здравоохранения в 1997 г., среди прочего заявляет о необходимости развивать частный медицинский сектор и видит создание условий для его развития важнейшим элементом структурных преобразований в здравоохранении.

В 1999 г. на рассмотрении в Государственной Думе находился проект федерального закона «О регулировании частной медицинской деятельности». Он должен был ввести право на частную практику, предоставить для нее нормативную базу, а также позволить частным медицинским организациям заключать договоры со страховыми компаниями и территориальными фондами ОМС. Закон принят не был, но рассмотрение его продолжается. У него много противников. Изначально основным направлением преобразований медицинского обслуживания он предлагал сделать «некоммерческую приватизацию», то есть превращение государственных и муниципальных медицинских учреждений в самостоятельные участвующие некоммерческие организации. Этот подход на определенном этапе считали возможным решением вопроса, касающегося собственности медицинских учреждений, приобретенных частными промышленными предприятиями (то есть бывших ведомственных). На фоне скудных финансовых возможностей местных властей это предложение казалось вполне жизненным. По нему медицинское учреждение должно было стать собственностью одновременно и местных властей, и частного предприятия, которые должны были вместе заниматься его финансированием и руководством. На практике эту схему ни разу не использовали, и сегодня ее больше не обсуждают. Скорее всего, и закон о частной медицинской деятельности в ближайшем будущем принят не будет.

Вышеупомянутый закон был переработан и в 2000 г. принят в Самарской области. Он расширил права на частную практику, предоставив их психиатрам, наркологам и специалистам по лечению «социально значимых» заболеваний. Кроме того, он обязал лиц, занимающихся частной медицинской деятельностью, оказывать скорую медицинскую помощь нуждающимся, а

власти и фонды ОМС — возмещать им стоимость скорой медицинской помощи.

Частная практика, хотя и разрешена, государством не поддерживается. Ее развитию препятствуют крайне высокие налоги и необходимость огромных капиталовложений в приобретаемые в частную собственность медицинские учреждения. В результате частные медицинские услуги в России чрезвычайно дороги. Масса ограничений мешает врачам в открытую заниматься частной практикой (42).

Законодательная основа деятельности частных медицинских учреждений не вполне разработана. Частная медицина в России вообще возникла позже других видов частного предпринимательства. Лучше всего развита частная стоматология. Стационарное обслуживание остается в основном государственным. В 1997 г. лишь 0,4% населения воспользовалось услугами частных больниц. Для сравнения: ведомственные больницы в том же году приняли 1,1% населения, а государственные больницы — 13,6% населения. Если говорить только о госпитализированных лицах, то на долю частных больниц выпало 2,6% госпитализаций, ведомственных — 7,3%, государственных — 90,1% (43).

Децентрализация власти происходила стремительно, и потому ни между федеральной, региональными и местными властями, ни между правительством и фондами ОМС четкого разграничения прав и обязанностей нет. Теперь, когда решения в основном принимают местные и региональные власти, а сила федеральной власти резко сократилась, здравоохранение страны осталось без единой мощной системы управления.

Трудности здравоохранения, связанные с переходом власти и ослаблением федерального руководства, усугубляются отсутствием четких законов, регулирующих деятельность частных и приватизированных учреждений. До сих пор официально не установлен порядок передачи государственного имущества в частные руки, и законность ряда случаев приватизации достаточно сомнительна. В определенной мере слабая правовая база приватизацию тормозит, но банки охотно выдают на нее средства, пытаясь таким образом поддержать пополнение государственной казны и одновременно способствуя разбазариванию государственного имущества<sup>1</sup>. Отсутствие соответствующей правовой базы помешало привлечь к медицинскому обслуживанию некоммерческие организации, которым не удалось взять на себя функции, некогда осуществляемые государством<sup>2</sup>.

В наиболее слабо развитых районах привычка сначала отказываться от старых методов работы и только потом изобретать и вводить новые привела к серьезным потерям, и сегодня крайне неровное положение здравоохранения становится все очевиднее. В последнее время государство пытается вер-

---

<sup>1</sup> Закон до сих пор не дал четкого определения статусу приватизированных предприятий.

<sup>2</sup> Федеральные законы «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» (июнь 1995 г.) и «О некоммерческих организациях» (декабрь 1995 г.) не прояснили положения организаций такого рода, и государственные чиновники продолжают препятствовать их деятельности.

нуть централизованное управление здравоохранением, но сделать это ему будет трудно: те, кто успел получить власть, не хотят с ней расставаться. Многие последствия неуправляемой децентрализации власти 1990-х гг. будут обсуждены в следующем разделе.

# Финансирование здравоохранения и затраты на него

## Основная система финансирования и возмещения затрат

### Историческая справка

**В** СССР финансирование здравоохранения было почти полностью возложено на государственный бюджет различных уровней. Так, республиканские медицинские учреждения существовали за счет республиканских бюджетов, а остальные — за счет бюджетов районов, на территории которых они находились. Министерства здравоохранения и финансов СССР выравнивали финансирование здравоохранения между республиками и поддерживали проведение всесоюзных программ в области здравоохранения. Не существовало ни налогов «на пороки» (в частности, на табак и алкоголь), ни медицинского страхования. В то же время в финансировании здравоохранения участвовали крупные предприятия (и промышленные, и сельскохозяйственные), которые обеспечивали своих сотрудников медицинской помощью по месту работы, и различные министерства, которые содержали систему ведомственных медицинских учреждений. Государственные медицинские учреждения предоставляли все виды медицинских услуг. Частная медицинская деятельность была разрешена лишь в весьма ограниченном объеме.

Государство выделяло средства на здравоохранение в соответствии с пятилетними и годовыми планами. Эти планы определяли порядок текущих и капитальных вложений, затрат на науку и развитие отрасли, подготовку кадров и повышение квалификации, производство медицинской техники и лекарственных средств, медицинское обслуживание и общественное здравоохранение (санитарное просвещение, санитарно-эпидемиологический надзор и так далее). Точно определить объем финансирования здравоохранения (в процентах от ВВП) в СССР трудно; считается, что этот показатель, прежде всего, в последние годы существования СССР составлял 3—3,5% ВВП (29). По западным меркам это крайне мало и служит следствием так назы-

ваемого финансирования по остаточному принципу, которое состоит в том, что здравоохранение и социальная сфера получали средства только после того, как ими были обеспечены приоритетные отрасли (оборона, тяжелая индустрия и прочие). Кроме того, затраты на оплату труда медицинских работников намеренно удерживали на низком уровне: если бы заработную плату медицинских работников подняли до средней по стране, объем финансирования здравоохранения вырос бы значительно.

Важнейшая отличительная черта советской системы здравоохранения в том, что она предоставляла всеобщее всестороннее медицинское обслуживание. СССР — первое государство, конституция которого гарантировала каждому гражданину право на бесплатное медицинское обслуживание. Соответственно, официально все виды медицинской помощи были бесплатными. Покупать следовало только принимаемые амбулаторно лекарственные средства, но определенные (льготные) группы граждан были освобождены и от этих расходов<sup>1</sup>. В действительности, однако, больным нередко приходилось платить за медицинские услуги, правда, не официально.

### **Недостатки советских методов финансирования**

В условиях недостаточного финансирования цель обеспечить всех граждан доступной и всесторонней медицинской помощью в СССР достигалась в ущерб качеству, материальному обеспечению и эффективности медицинского обслуживания. Сложившаяся в таких условиях система здравоохранения отличалась бедностью и низкой эффективностью, она предоставляла медицинские услуги лишь низкого качества, и не была способна выполнять свою основную функцию — охранять и улучшать здоровье населения. Подобно всей советской экономике, здравоохранение испытывало массу трудностей в связи с господством централизованного планирования, которое искажало интересы медицинских учреждений и серьезно влияло на структуру и направленность здравоохранения. Коротко остановимся на основных недостатках советского здравоохранения<sup>2</sup>.

В результате финансирования по остаточному принципу здравоохранение становилось все беднее. Если в 1960-х гг. объем его финансирования был вполне удовлетворительным, составляя 6—6,5% ВВП, то в последние годы существования СССР он сократился до 3—3,5%. Здравоохранение не относилось к отраслям приоритетного финансирования, которые включали оборону и промышленное развитие.

Средства на здравоохранение выделяли, исходя из его затрат, не учитывая

---

<sup>1</sup> К льготным категориям граждан относились дети, пенсионеры, беременные, инвалиды, ветераны войны и ряд других.

<sup>2</sup> Здесь собраны только недостатки здравоохранения, напрямую связанные с финансированием. Многие другие недостатки (отсутствие выбора у больных, недовольство медицинским обслуживанием населения, слабость первичного медицинского обслуживания, преимущественно лечебная направленность здравоохранения и так далее) обсуждаются в соответствующих разделах обзора.

ни эффективности, ни качества медицинского обслуживания. Это способствовало избытку медицинских кадров и больничных коек. Их содержание поглощало значительную часть бюджета здравоохранения, в то время как соответствующих вложений в повышение качества медицинского обслуживания не производилось. С 1970 г. по 1985 г. число врачей возросло на 75%, а больничных коек — на 35% (44). С одной стороны, это было хорошо: страна была достаточно равномерно обеспечена врачами и больничными койками. Учитывая ее гигантские размеры, это, безусловно, было большим достижением. В то же время качество и возможности медицинской помощи были далеко не столь равномерными (см. ниже). Министр здравоохранения Евгений Чазов в 1987 г. отмечал, что в СССР в борьбе за увеличение числа больничных коек не следили не только за тем, чтобы они отвечали современным требованиям, но даже за соблюдением санитарных норм (44). По его словам, лишь 35% сельских больниц страны были обеспечены горячей водой, в 27% отсутствовала канализация, а в 17% — даже водопровод (44)<sup>1</sup>.

Медицинским учреждениям (больницам и поликлиникам) средства выделяли, исходя из их занятости. Эта система искажала интересы медицинских учреждений. В больницах основным показателем занятости служили койко-дни. В конце года каждая больница сообщала о фактической занятости своих коек за истекший год. На основании этих данных она получала средства на следующий год. Таким образом, больнице было выгодно использовать как можно больше коек, занимать их как можно дольше и при этом тратить на лечение сложных случаев как можно меньше усилий. Иными словами, они были заинтересованы как можно дольше держать у себя здоровых людей (ниже рассказано, что эта особенность сохранилась и в большей части современной России).

Финансирование поликлиники зависело от числа амбулаторных приемов. Это побуждало врачей не заниматься больными, а направлять их на следующий уровень медицинского обслуживания. В результате поликлиники действительно лечили менее 50% обратившихся в них больных (для сравнения: в западных странах с развитой системой первичного медицинского обслуживания этот показатель составляет 85—90%). По уже упомянутым причинам отправленных из поликлиник больных с радостью принимали в больницы, где они порой неделями ожидали операций и исследований.

Поскольку планирование было основано исключительно на пропускной способности медицинских учреждений, скудные средства растрчивались впустую и качество медицинской помощи страдало, ведь только содержание раздутых медицинских учреждений на столь значительной территории требовало огромных затрат. К тому же из-за искаженных интересов медицинских учреждений здравоохранение оказалось ориентированным на лечение, и основное место в нем заняли больницы, тогда как развитие медицинского обслуживания оказалось никому не выгодным. Не способствовало совершенствованию здравоохранения и то, что медицинские работники получа-

<sup>1</sup> Выборочное изучение состояния советских больниц в 1988 г. показало, что положение было еще хуже: горячей воды не было в 49% больниц, канализации — в 24%.

ли фиксированную заработную плату, которая не зависела ни от их успехов, ни от нагрузки.

На фоне скудного финансирования благие намерения государства оказались невыполнимы. Распространялось неофициально платное медицинское обслуживание, причем нередко больные полностью оплачивали свое лечение. Все это вело к нецелесообразному использованию средств (которому официальное частично платное медицинское обслуживание препятствует). Бесплатность медицины была призрачной, поскольку часто больные оплачивали услуги врачей и медицинских сестер. Взятничество в здравоохранении способствовало крайне низким заработным платам медицинских работников: получая мало денег от государства, они считали себя вправе брать деньги у больных. Точно оценить объем подпольного финансирования здравоохранения невозможно, но по данным одного исследования конца 1980-х гг., взятки составляли седьмую часть средств, получаемых здравоохранением. Именно взяточничество считают основной причиной неравенства в медицинском обслуживании.

Результаты работы здравоохранения не были известны, поскольку Министерство здравоохранения не собирало статистических данных о расходах на отдельные заболевания, фактической стоимости медицинских услуг, потоках средств за пределы административных единиц, об уровнях потребления отдельных медицинских услуг и так далее.

Говоря о недостатках финансирования и организации здравоохранения, следует упомянуть и ведомственное здравоохранение. Министерства на государственные средства создавали собственные медицинские учреждения, чтобы обеспечить своих сотрудников (так называемую номенклатуру — лиц, занимающих высокие посты) медицинским обслуживанием лучшего качества. Безусловно, существующая и по сей день ведомственная медицина способствует неравенству медицинского обслуживания. Пока руководство страны ограждено от встреч с обслуживанием среднего и ниже среднего уровня, у него не будет стремления улучшить условия жизни населения.

## Реформа финансирования здравоохранения РСФСР<sup>1</sup>

Попытки преобразовать здравоохранение, избавить его от изъянов предпринимали с 1960-х гг. При этом более или менее заметных изменений не планировали и не осуществляли до позднего советского периода, когда экономика СССР стала приближаться к рыночной.

В середине 1980-х гг. господство советского строя начало угасать, наступили перестройка и гласность, ослабившие давление централизованного планирования, и появилась возможность изменить систему здравоохранения. Начались поиски новых подходов к организации и финансированию здравоохранения, которые, сделав его более чутким к внешним условиям, повысили бы рентабельность и качество медицинского обслуживания. В

---

<sup>1</sup> РСФСР — Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика.

1987—1991 гг. в Санкт-Петербурге, Кемеровской и Самарской областях были опробованы новые методы финансирования, известные как новый хозяйственный механизм.

Экспериментальные методы финансирования, предоставляя медицинскому руководству свободу действий и финансовую самостоятельность, должны были привести медицинское обслуживание в соответствие с потребностями больного, а в конечном счете укрепить роль первичного медицинского обслуживания. В Кемеровской области<sup>1</sup> поликлиники стали получать средства из расчета на душу населения и выступали в качестве покупателей медицинских услуг для приписанных к ним людей. В бюджете поликлиники были учтены расходы на диагностические исследования, направление в больницы, амбулаторное лечение и скорую медицинскую помощь. В больницах и поликлиниках создавались самостоятельные медицинские объединения. Они владели собственным бюджетом и имели возможность материально поощрять своих сотрудников. Им предоставили право увольнять сотрудников, оговаривать цены на свои услуги и продавать их частным лицам, используя прибыль на собственные нужды и премии. Для контроля за методами и качеством лечения установили медико-экономические стандарты, призванные не допустить экономии средств путем уменьшения объема необходимых медицинских услуг. На оплату труда сотрудников медицинских объединений стал влиять коэффициент трудового участия, который учитывал число дней нетрудоспособности, задержку диагноза, объем проведенной вакцинации, осложнения заболеваний, претензии больных и другие показатели. Коэффициент использовали и для сравнения результатов работы внутри трудового коллектива. Премии тоже выплачивали на основании коэффициента, хотя его расчет не включал показателей качества медицинского обслуживания.

В Санкт-Петербурге<sup>2</sup> тоже были созданы финансово самостоятельные медицинские объединения. В отдельных районах города была введена система медицинских объединений, каждое из которых включало трех терапевтов, двух педиатров и гинеколога и отвечало за медицинское обслуживание 8000 человек. Финансирование выделяли на душу населения, что позволяло предоставлять широкий спектр амбулаторных медицинских и вспомогательных услуг. Взаимоотношения между объединениями строились на договорах, и каждый медицинский работник заключал договор либо с клиникой, либо с территориальным медицинским объединением (ТМО). Оно включало сотрудников одного учреждения и несло коллективную ответственность за объем и качество медицинского обслуживания.

Итак, у учреждений первичного медицинского обслуживания появилась возможность оставлять у себя сэкономленные средства. Это должно было

---

<sup>1</sup> Кемеровская область расположена на юге Западной Сибири, население составляет 3,5 млн человек, развитый промышленный район.

<sup>2</sup> Население Санкт-Петербурга — 5 млн человек. В эксперименте участвовали все медицинские учреждения города: множество поликлиник, 100 больниц, 29 научно-исследовательских центров, четыре медицинских института.

привести к сокращению лишних направлений к специалистам. Так и произошло. В Кемеровской области за первые четыре года эксперимента число больничных коек сократилось на 1500. В Санкт-Петербурге за два года число госпитализаций упало на 5% (в 1988 г. оно составляло 847 500, а в 1989 г. — 804 700). Повысилась и эффективность лечения: за тот же период средняя продолжительность госпитализации в Санкт-Петербурге сократилась с 19 до 17 дней, а 2500 коек были признаны лишними, и часть из них теперь используется для медико-социальной помощи. Поскольку нагрузка на первичное медицинское обслуживание увеличилась, изменилась и структура специализированного медицинского обслуживания. Отделения общей хирургии, детские и травматологические сократили число коек, а отделения узкого профиля, в частности онкологические, — увеличили. В результате реформ в Самарской области средняя продолжительность госпитализации сократилась на 7%, а коечный фонд — на 5500 коек. Достижения Самарской области последних лет еще не раз будут упомянуты нами в качестве примеров успешных реформ.

Экономленные в результате реформ средства в Кемеровской области были пущены на создание информационных систем, подготовку специалистов в области общественного здравоохранения и управления, а в Санкт-Петербурге — на закупку нового диагностического и лечебного оборудования и поддержку персонала. Опыт реформ действительно способствовал повышению эффективности первичного медицинского обслуживания и более целесообразному использованию специализированной помощи, однако по некоторым данным, сокращение числа госпитализаций произошло не из-за улучшения качества лечения в поликлиниках, а по экономическим соображениям. Ухудшение экономической ситуации свело на нет ряд достижений реформ, в связи с чем возникли сомнения в их надежности. Тем не менее экспериментальные реформы принесли огромную пользу — на основании именно их результатов был определен круг современных реформ здравоохранения.

Многие регионы, вдохновленные успехами первых реформ, попытались провести их и у себя, но из-за экономического кризиса 1991 г., повлекшего сокращение бюджета и крайне высокую инфляцию, новый экономический механизм прекратил существование. Больницы требовали все больше средств на лечение больных, а поликлиники их предоставить не могли, поскольку получали из государственного бюджета все те же средства на душу населения. Из-за отсутствия средств поликлиники нередко отказывались от необходимых госпитализаций, опасаясь лишиться последних денег.

### **Введение закона об обязательном медицинском страховании**

В последние годы существования СССР группа российских ученых начала разрабатывать план крупных реформ финансирования. После распада СССР речь уже шла о реформах в России. Прежде всего искать новые мето-

ды финансирования начали, чтобы справиться с выраженным сокращением средств в здравоохранении и обеспечить постоянный приток средств, на которые перепады в бюджетном финансировании не влияли бы. Принятую в Великобритании и Скандинавских странах схему Бевериджа, при которой единственным покупателем медицинских услуг служит государство, использовать не захотели — она слишком походила на советскую. Отказались и от введения платной медицины, при которой значительная часть расходов ложится на население — такая схема породила бы неравенство. Наконец, решение было найдено в системе ОМС. Врачи, чьи доходы всегда были низкими и не поспевали за инфляцией, приветствовали быстрое введение ОМС, надеясь, что оно исправит их материальное положение. Зарождающиеся страховые компании тоже были рады появлению нового вида страхования. Российская экономика стремительно превращалась в рыночную, и на этом фоне вполне закономерно родилось решение ввести подчиняющуюся законам рынка систему ОМС, которая должна была исправить многие недостатки российского здравоохранения.

Сложнейшее финансовое положение, вызванное застоем в экономике, оскудением бюджета и освобождением цен, способствовало тому, что в июне 1991 г. Верховный Совет РСФСР принял закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Его рассматривали как первый этап создания законодательной основы для запланированных глубоких преобразований в финансировании здравоохранения. Однако в законе обнаружился ряд принципиальных недостатков, он был исправлен, вновь принят в апреле 1993 г. и стал основой для введения медицинского страхования.

Основные цели закона были таковы: дополнить бюджетные средства, предоставив новые источники внебюджетного финансирования; объединить все средства здравоохранения; обеспечить население доступным всесторонним медицинским обслуживанием, предоставив гражданам свободу в выборе медицинского учреждения и страховой компании. Достижению этих целей должны были способствовать улучшенное управление здравоохранением и появление новых движущих сил, прежде всего основанных на конкуренции между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями.

Остановимся на основных принципах новой системы финансирования, предусмотренной законом о медицинском страховании.

Здравоохранение, сохранив прежние источники финансирования, получает источник внебюджетных средств. Общий объем средств на здравоохранение, таким образом, возрастает.

Создается Федеральный фонд ОМС.

В областях создаются территориальные фонды ОМС.

Страховые взносы платит только работодатель: 3,4% начисленной оплаты труда — в территориальный фонд ОМС, 0,2% — в Федеральный фонд ОМС. Средства последнего используются для выравнивания средств территориальных фондов.

Взносы за неработающих граждан платит государство (размер взноса не уточняется).

Набор медицинских услуг по страховому договору определяет федеральная власть, а регионы имеют право только расширять его.

Медицинские услуги, не вошедшие в набор по договору ОМС, разрешается включать в договор добровольного медицинского страхования.

Покупателями медицинских услуг от лица граждан выступают частные страховые компании, а при их отсутствии и до их появления — филиалы территориальных фондов ОМС.

Территориальные фонды ОМС распределяют средства между страховыми компаниями: на каждого застрахованного с учетом группы риска.

Страховые компании оплачивают услуги медицинских учреждений с учетом результатов их деятельности по тарифам, которые ежегодно утверждают территориальный фонд ОМС, региональные органы управления здравоохранением, местная власть и прочие органы по усмотрению региона.

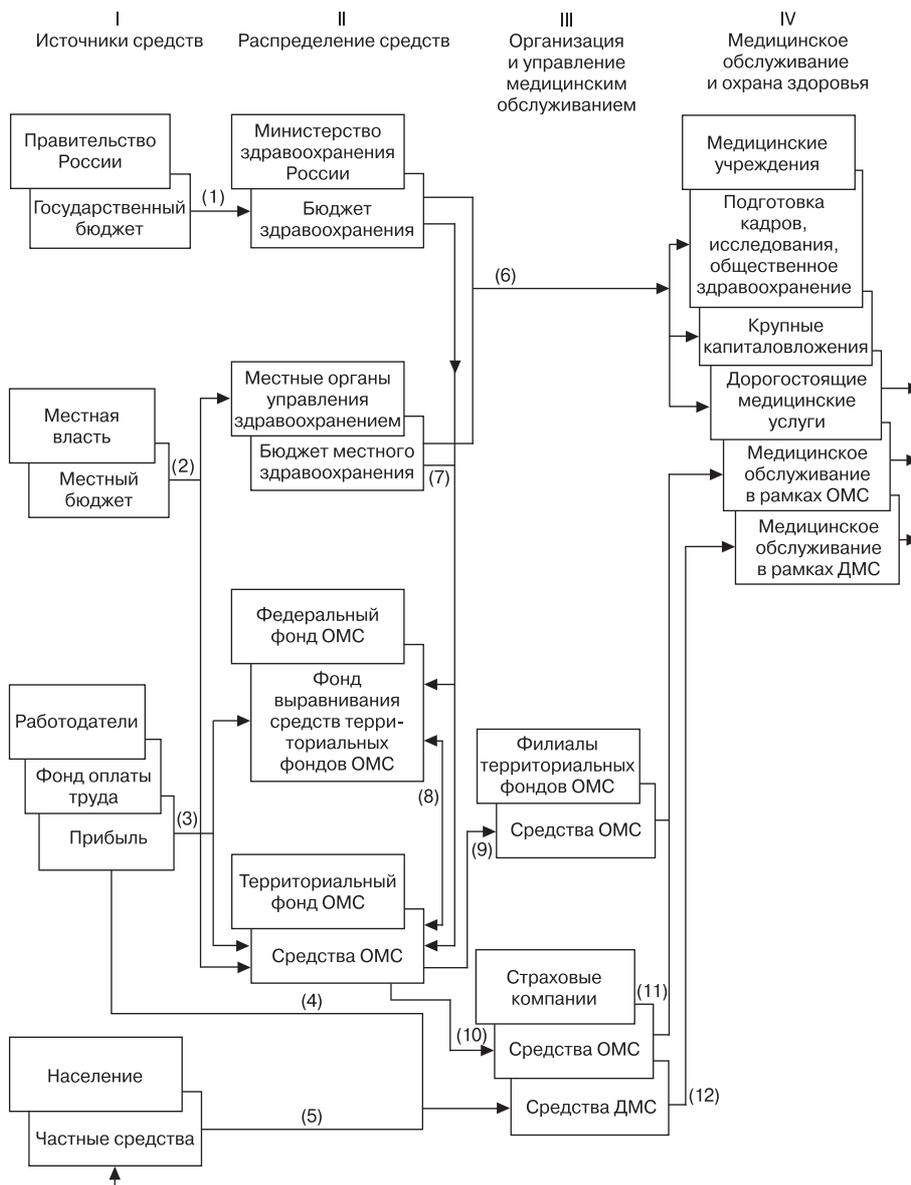
Соответствующая закону схема новой системы финансирования здравоохранения представлена на рис. 7, где видно, что в ней можно условно выделить четыре группы участников. Первую группу составляют источники средств, вторую — организации, управляющие распределением средств, третью — организации, участвующие в организации и управлении медицинским обслуживанием потребителей, четвертую — учреждения, участвующие в медицинском обслуживании населения.

Источниками средств здравоохранения служат государственный и местный бюджеты, взносы работодателей в обязательное и, по желанию, добровольное медицинское страхование, а также средства частных лиц на добровольное медицинское страхование и платные медицинские услуги. Расчеты показали, что в финансировании здравоохранения доля бюджетных средств (если бюджетное финансирование останется примерно на одном и том же, по сравнению с 1990—1991 гг., уровне) составит около 55%, а со временем, по мере распространения ОМС, она сократится примерно до 30%.

Средства, выделяемые на здравоохранение из государственного бюджета, должны поступать в Министерство здравоохранения (поток 1), которое направит их на оплату медицинского образования, исследований, мероприятий в области общественного здравоохранения, крупных закупок и дорогостоящего лечения (поток 6). Средства местных бюджетов поступают в местные органы управления здравоохранением (поток 2), которые направляют их на те же нужды, что и министерство, но только на местном уровне (поток 6). Кроме того, из местного бюджета выделяют средства на оплату страховых взносов за неработающих граждан (поток 7). Размер взносов на душу неработающего населения устанавливают на региональном уровне. Закон его не уточняет, но оговаривает, что он должен быть не меньше взноса работодателя за одного сотрудника. Кроме того, местный бюджет должен выделить и средства, которые при необходимости будут использованы для поддержки более бедных территориальных фондов ОМС (поток 7).

Следующий источник средств — работодатели (частные и государственные учреждения). Их вклад представляет собой отчисляемые от фонда оплаты труда страховые взносы в фонды ОМС (поток 3): 0,2% фонда оплаты труда — в Федеральный фонд ОМС (для выравнивания финансирования в ре-

**Рисунок 7. Схема финансирования здравоохранения, установленная законом о медицинском страховании в России (1993 г.)**



Сокращения: ОМС — обязательное медицинское страхование; ДМС — добровольное медицинское страхование.

*H. Barnum, D. Chernochovsky, E. Potapchik, Health Sector Reform in Russia: the Health Finance Perspective (45).*

гионах) и 3,4% фонда оплаты труда — в территориальный фонд ОМС. Кроме того, работодатель имеет право участвовать в добровольном медицинском страховании своих сотрудников. В этом случае им будут предоставлены медицинские услуги, не вошедшие в набор, предусмотренный договором ОМС (поток 4). Участие в добровольном медицинском страховании поощряется государством: если работодатель обеспечил им своих сотрудников, ему уменьшают налоги.

Наконец, каждый гражданин при желании имеет право заключить договор добровольного медицинского страхования (поток 5) или лечиться платно.

Федеральный и территориальные фонды ОМС должны были стать самостоятельными некоммерческими организациями. Сначала они должны были отвечать за распределение средств только в системе ОМС, а позже взять в свои руки финансы всей системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации: и страховые, и бюджетные. То есть они должны были собирать воедино все средства регионального здравоохранения. Сегодня в каждом фонде имеется управленческий аппарат — правление. Решением ежедневных административных задач занимается исполнительный директор фонда. В правление фонда входят представители правительства, Центрального банка, страховых компаний, ассоциаций медицинских работников, профессиональных союзов и работодателей. Задачи Федерального фонда ОМС — распределять страховые поступления так, чтобы обеспечить все регионы равными доступностью и объемом медицинского обслуживания. Для этого Федеральный фонд ОМС направляет средства (их объем не оговаривается в законе) в территориальные фонды ОМС (поток 8). Дополнительные средства на выравнивание медицинского обслуживания в регионах может выделять и государство, передавая средства из государственного бюджета в Федеральный или территориальные фонды ОМС (поток 7).

Как видно на рисунке, организуют медицинское обслуживание и управляют им учреждения двух видов: частные, коммерческие страховые компании и филиалы территориальных фондов ОМС. Эти учреждения заключают договоры ОМС с медицинскими учреждениями, а средства на них из расчета на душу населения получают от территориальных фондов ОМС (поток 9 и 10). Закон разрешает страховым компаниям как руководить работой медицинских учреждений, так и создавать собственные медицинские учреждения. То есть они могут либо содержать свою больницу или поликлинику, оплачивая работу персонала, либо покупать медицинские услуги у отдельных медицинских учреждений. Таким образом, закон предоставляет почву для развития медико-страховых объединений и медицинских объединений, предоставляющих платные медицинские услуги определенной группе населения по заранее согласованным тарифам, хотя прямо эти формы деятельности и не упоминает<sup>1</sup>.

На схеме (третья группа организаций) видно, что страхование может быть

---

<sup>1</sup> Таким образом, закон логически продолжает опыт внедрения нового хозяйственного механизма.

как обязательным, так и добровольным и страховая компания имеет право осуществлять оба вида страхования.

Филиалы территориальных фондов ОМС по закону являются временными образованиями, необходимыми только там, где страховых компании нет, и до тех пор, пока они не появятся. Считалось, что филиалы будут прежде всего уместны в сельских и малонаселенных районах и просуществуют лишь до конца 1993 г.<sup>1</sup>

У граждан имеется два направления, в которых им предоставлена свобода выбора. Во-первых, они имеют право, не спрашивая работодателя, выбирать и менять страховую компанию. Во-вторых, они имеют право выбирать медицинское учреждение. Последнее, однако, происходит лишь опосредованно — при выборе страховой компании, ведь именно она в действительности выбирает медицинское учреждение для своих клиентов.

Работать по договорам медицинского страхования имеют право и частные, и государственные медицинские учреждения. И те, и другие должны конкурировать за возможность заключить со страховой компанией (или филиалом фонда ОМС) договор медицинского страхования (потоки 11 и 12). Плату за свои услуги они должны получать по тарифам, заранее согласованным страховой компанией, профессиональным союзом и местными органами управления здравоохранением.

### **Ожидаемая польза новой системы финансирования здравоохранения**

Закон о медицинском страховании был чутким инструментом, призванным создать самостоятельную, но остающуюся под контролем государства систему управления медицинским обслуживанием. Он позволял регионам в соответствии с их предпочтениями и медицинским учреждениям с учетом своих возможностей разрабатывать любые формы организации медицинского обслуживания. Закон должен был привести к увеличению средств здравоохранения и более эффективному их использованию, сохранив провозглашенное в СССР общедоступное и всестороннее медицинское обслуживание.

От внедрения закона о медицинском страховании ожидали множества преимуществ. Во-первых, фонды ОМС должны были не заменить, а дополнить бюджет здравоохранения, и таким образом, оно становилось лучше обеспеченным. По расчетам Министерства здравоохранения, на первых этапах за счет медицинского страхования средства здравоохранения должны были дополнить запланированный бюджет здравоохранения на 30% (46). Более того, ОМС должно было стать надежным и предсказуемым источником средств, состояние которого никоим образом не изменялось бы при колебаниях бюджета и который был бы недоступен для других отраслей. Таким образом, здравоохранение должно было избавиться от старой беды — финансирования по остаточному принципу.

---

<sup>1</sup> Тем не менее во многих регионах филиалы территориальных фондов ОМС действуют и по сей день. Этот вопрос еще будет обсуждаться.

Основным изменением в организации медицинского обслуживания становится разделение покупателей и поставщиков медицинских услуг. Институт покупателей в лице страховых компаний, заключающих договоры с медицинскими учреждениями, должен привести к полному обновлению существующих интересов в медицине: старую командно-административную систему сменяет гибкая, подчиняющаяся законам конкуренции форма управления, деятельностью которой в конечном счете руководят потребности и запросы потребителей. На практике этому способствует конкуренция двух видов. Первый вид: конкуренция между страховыми компаниями за клиентов. Клиент выберет ту страховую компанию, которая предоставит ему возможность лечиться в лучшем медицинском учреждении и обеспечит ему качественное медицинское обслуживание (соответственно, в компании должна быть развита система контроля качества). Второй вид конкуренции — это конкуренция между больницами, поликлиниками, любыми медицинскими учреждениями, будь они частными или государственными, за возможность заключить договор со страховой компанией. Медицинские учреждения вместо гарантированного дохода, а медицинские работники вместо заработной платы теперь будут получать средства по договорам со страховыми компаниями. Страховые компании, будучи коммерческими организациями (то есть не имеющими гарантированного дохода), будут заинтересованы заключать договоры с приносящими прибыль медицинскими учреждениями, предоставляющими качественное медицинское обслуживание. Медицинские учреждения, в свою очередь, конкурируя за договоры со страховыми компаниями, будут стремиться предоставлять услуги высокого качества за меньшую стоимость.

Рыночный механизм должен не только справиться с убыточным и некачественным медицинским обслуживанием, но и с избыточными мощностями медицинских учреждений. Соответственно, медицинские учреждения, которые тратят слишком много денег или работают плохо, должны исчезнуть, ведь никто не станет заключать с ними договоры.

Наконец, многие из перечисленных преимуществ станут достижимы лишь благодаря появлению у потребителя свободы выбора. Именно ее не было в СССР, где граждан приписывали к местной поликлинике и определенному врачу. В конечном счете, конкуренция строится именно на выборе потребителя, и именно на его нужды и запросы должны ориентироваться как страховые компании, так и медицинские учреждения.

### **Опыт внедрения**

Провозглашенная законом реформа здравоохранения началась в 1993 г. с основания Федерального и территориальных фондов ОМС, которые сразу же начали собирать страховые взносы. К началу 1994 г. имелось 79 территориальных фондов ОМС с 578 филиалами и 164 медицинские страховые компании. В конце 1990-х гг. уже насчитывалось 89 территориальных фондов ОМС (по одному у каждого субъекта Российской Федерации) с 1170 филиалами и 415 медицинских страховых компаний. По более свежим данным, в

результате банкротств и слияний число медицинских страховых компаний сократилось примерно до 300. Медицинское страхование развивается неравномерно, помимо разного рода мошенничеств, на его пути возникает множество финансовых, бюрократических и организационных трудностей. В связи с децентрализацией финансирования и управления Министерство здравоохранения играет весьма незначительную роль в развитии медицинского страхования в областях.

С момента вступления в силу закона о медицинском страховании прошло около десяти лет, но система финансирования российского здравоохранения до сих пор не устоялась и испытывает множество трудностей. Предусмотренные законом новые методы финансирования и развитие института покупателей медицинских услуг не развились в полную силу ни в одном регионе, кроме, пожалуй, Самарской области. Сегодня запланированным ожиданиям достаточно полно соответствует только деятельность территориальных фондов ОМС по сбору страховых взносов<sup>1</sup>. Что касается остальных участников реформ, то они в основном сочетают новые и старые принципы финансирования, а скорость и успешность перехода на новые методы работы чрезвычайно различается в разных областях.

В одних областях новый метод финансирования не используется вообще, в других на него перешли лишь отдельные районы, в третьих он внедрен, но без участия страховых компаний, которые сочли ОМС невыгодным для себя. Официально сегодня застрахованы все граждане России, хотя их страховки далеко не в полном объеме оплачены страховыми компаниями, филиалами территориальных фондов ОМС или местными властями (за неработающих граждан).

Далее мы обсудим основные достижения и недостатки, проявившиеся в ходе осуществления закона о медицинском страховании. Учитывая огромную территорию страны и чрезвычайно разные успехи реформ, пытаться обобщить опыт реформы было бы совершенно неверно.

### **Успехи реформы**

Несмотря на многочисленные трудности, реформа финансирования здравоохранения привела к ряду положительных начинаний. Договорные отношения с четким определением обязанностей всех сторон привнесли в здравоохранение ответственность. С появлением новой системы финансирования стала очевидна необходимость новых навыков руководства и работы с информацией. Развиваются электронные системы, содержащие сведения о больных, медицинских учреждениях, страховых компаниях, медицинских услугах и нормативах. Методы оплаты труда по его результатам, хотя используются еще не повсюду, наступление продолжают, а их способность повысить экономическую эффективность медицинского обслуживания признают все шире. Врачи научились считать затраты на лечение. Зарождаются

---

<sup>1</sup> Однако даже здесь, по оценкам, 12% населения живет в областях, где здравоохранение финансируется в основном за счет бюджета, а медицинские страховые компании и фонды играют лишь незначительную роль.

методы внешнего контроля качества, его задачи и необходимость в качестве средства повышения дисциплины тоже стали понятны многим. С появлением у больных возможности искать защиты в суде и просить поддержки у страховой компании права больного приобрели больший вес. Медицинское страхование стало надежным, а в некоторых областях даже растущим источником финансирования здравоохранения. Скорее всего, без медицинского страхования финансирование здравоохранения существенно сократилось бы — на это указывает заметное сокращение бюджетных средств, выделяемых на прочие сферы социального обслуживания.

### **Препятствия реформам**

#### *Частичная подмена бюджетного финансирования страховым*

Поначалу приток страховых взносов от работодателей стал большой удачей для здравоохранения. В первые годы (1993—1994 гг.) медицинское страхование повысило доходы здравоохранения. В 1993 г., как и ожидалось, здравоохранение получило из бюджета на 35% больше средств (47). Но уже в 1994—1995 гг. некоторые местные власти сократили свои расходы на здравоохранение, исходя из того, что теперь медицинским учреждениям будет достаточно страховых средств. К 1997 г. бюджетное финансирование здравоохранения было меньше, чем в 1993 г., на 27% (47). Помимо прочего, этому способствовали как то, что в законе не было четко сказано, сколько денег местные власти должны выделять на здравоохранение, так и то, что многие области столкнулись со значительными экономическими трудностями. Таким образом, медицинское страхование стало не дополнительным источником средств для здравоохранения, а отчасти заменило бюджетное финансирование. С другой стороны, многие считают, что, оставшись здравоохранение на одном лишь бюджетном финансировании, после экономических потрясений 1990-х гг. оно осталось бы куда с меньшими средствами. В частности, когда с 1991 г. по 1997 г. ВВП уменьшился на 38%, средства образования сократились на 36%, культуры — на 40%, а вот здравоохранения — лишь на 21% (47). Таким образом, средства от медицинского страхования отчасти поддержали финансирование здравоохранения и уберегли его от еще больших потерь.

В конечном счете, увеличить общие доходы здравоохранения с помощью медицинского страхования не удалось, и его финансирование остается крайне недостаточным. По некоторым оценкам, чтобы обеспечить население договорным набором бесплатных медицинских услуг, страховой взнос работодателей должен составлять не 3,6% фонда оплаты труда, а 7%. С другой стороны, для многих предприятий, испытывающих серьезные финансовые трудности, такой страховой взнос слишком велик. Даже требуемые 3,6% фонда оплаты труда многие платят не хотят или не могут.

#### *Неполное и обрывочное реформирование*

Сегодня примерно в четверти из 89 субъектов Российской Федерации нет страховых компаний. Соответственно, там действуют филиалы территориальных фондов ОМС или сами фонды. Вопреки закону 1993 г. о медицин-

ском страховании, территориальные фонды ОМС добились права выступать в роли страховых компаний и напрямую покупать медицинские услуги. Еще в четверти субъектов Российской Федерации в качестве покупателей медицинских услуг выступают и страховые компании, и территориальные фонды ОМС или их филиалы. В малонаселенных районах медицинское страхование представляется невыгодным предприятием, и за него никто не берется. Изначально предполагалось, что филиалы территориальных фондов ОМС понадобятся ненадолго, всего на год, пока не появятся медицинские страховые компании. Позже срок их существования продлили до 1997 г. Сегодня, похоже, уже очевидно, что в сельских районах филиалы фондов ОМС сохранятся навсегда. Некоторые области из системы финансирования здравоохранения страховые компании исключили сами, решив передать их функции территориальному фонду ОМС. Ряд областей страховых взносов за неработающих граждан из своего бюджета не платит вовсе, а ряд платит их лишь частично. Отчасти несоблюдение закона местными властями вызвано финансовыми трудностями, отчасти — страхом лишиться части своей власти. Страховым взносам они предпочитают прямое финансирование своих медицинских учреждений. Такой порядок нравится властям больше, поскольку при нем ничто не мешает им в случае финансовых трудностей остановить выделение средств больницам и поликлиникам, а вот задержка страховых взносов чревата наложением штрафа. Наконец, некоторым местным властям просто не по нраву медицинское страхование, и они просто стремятся его уничтожить.

*Несовершенство двойного финансирования — бюджетного и страхового*

В большинстве областей бюджетное и страховое финансирование существуют независимо друг от друга, причем распределяются самым разным образом. Так, в одних областях из бюджета оплачивают всю амбулаторную помощь, а из страховых фондов — всю стационарную, в других областях все страховые средства идут только на лечение взрослых в больницах, в третьих областях за счет страхования существует медицинское обслуживание работающих граждан, а за счет бюджета — неработающих. То есть очевидно, что территориальные фонды ОМС не сумели собрать воедино и бюджетные, и страховые средства. В результате возникла серьезная неувязка: запросы к медицинским учреждениям, равно как и интересы последних часто противоречивы и зависят от того, кто платит им деньги, на каком основании заключен договор о предоставлении медицинских услуг и какие методы оплаты медицинских услуг применяются. Кроме того, медицинским учреждениям в подобных условиях очень сложно как планировать свою работу, так и отчитываться за нее. Пока существуют разные плательщики с разными целями и разными требованиями, путаницы в работе медицинских учреждений не избежать.

*Отсутствие конкуренции и избирательность договоров*

Конкуренция между страховыми компаниями с одной стороны и медицинскими учреждениями с другой — основа реформы. Что касается страховых компаний, то, как уже отмечалось, во многих областях их нет, и там террито-

риальные фонды ОМС или их филиалы являются единственными покупателями медицинских услуг. Естественно, конкуренции между ними нет. В малонаселенных сельских районах заниматься медицинским страхованием не выгодно, и страховые компании там вряд ли появятся. Итак, конкуренция между страховыми компаниями возможна только в городских районах. По оценкам, более половины существующих компаний сосредоточены в трех крупнейших городах страны: Москве, Санкт-Петербурге и Екатеринбурге. Но даже там, где существует более одной страховой компании, отношения между ними больше напоминают не конкуренцию, а разделение сфер влияния. Так, население Санкт-Петербурга условно разделено на группы, каждая из которых закреплена за одной страховой компанией. При таком положении дел территориальные фонды постоянно заключают одни и те же договоры с одними и теми же страховыми компаниями, и ни работодатели, ни потребители не имеют никакой возможности выбора.

В сложившейся ситуации страховые компании обеспечены подписчиками, поэтому ничто не побуждает их искать медицинские учреждения лучшего качества и за меньшую цену. В общем, в России нет страховых компаний, которые бы играли роль придирчивых покупателей.

Конкуренция между медицинскими учреждениями порождается разборчивостью покупателя медицинских услуг (которую предполагает закон о медицинском страховании). Вспомним, что медицинские учреждения должны соревноваться за право заключить договор со страховой компанией, а выбор медицинского учреждения потребителем медицинских услуг (еще одна движущая сила конкуренции) происходит не напрямую, а через выбор страховой компании. Если страховая компания или филиал территориального фонда ОМС не ищет лучшее медицинское учреждение, чтобы заключить с ним договор (а похоже, этого не делает ни одна страховая компания России), а потребитель выбирает медицинское учреждение только посредством выбора страховой компании<sup>1</sup>, конкуренции между медицинскими учреждениями, безусловно, не будет.

Помимо всего выше сказанного, появлению конкуренции между медицинскими учреждениями мешают некоторые чисто российские особенности. Главное препятствие — сохранившееся с советских времен господство больниц и поликлиник на своей территории. В малонаселенных районах открывать дополнительные медицинские учреждения бессмысленно. Впрочем, даже если конкурент решил появиться на свет, ему помешали бы и необходимость высоких первоначальных затрат, и экономические и нормативные препоны. Таким образом, конкуренция между медицинскими учреждениями вероятна только там, где их много — в крупных городских районах. Но и здесь она выражена слабо.

Разборчивость в заключении договоров, без которой новой системе финансирования успеха не добиться, встречает препятствия на нескольких направлениях. Местные органы управления здравоохранением сопротивля-

---

<sup>1</sup> Когда страховые компании не соревнуются за клиентов, а просто делят их между собой, потребители лишены и этой возможности — они не выбирают страховую компанию.

ются ей, поскольку их власть уменьшается пропорционально развитию рыночных отношений. Руководители больниц и поликлиник нередко боятся ее, поскольку с ней, помимо вероятного увеличения доходов, пришли бы необходимость менять привычные методы работы и неуверенность. Да и население не знает, что делать с возможностью выбора, предпочитая пассивно зависеть от государства (48). В возможности конкуренции сомневается и активный сторонник реформ в здравоохранении, глава Московского городского фонда ОМС: он сказал, что в общем все московские поликлиники одинаковы — и по уровню обслуживания, и по квалификации врачей<sup>1</sup>.

#### *Страховые компании не несут риска*

По всей видимости, интересы страховых компаний оказались искажены. С одной стороны, предполагается, что они должны быть частными и коммерческими организациями. Это означает, что они должны нести риск, то есть, наряду с возможностью получать прибыль им должна грозить и опасность убытков. Тем не менее, понеся убытки, страховая компания их не возмещает. В принципе, возмещать убытки страховой компании должен территориальный фонд ОМС, но он может избежать этого, сократив финансирование медицинских учреждений. В конечном счете, финансовый риск ложится на больного, которому приходится платить за лечение, которое не оплачено государством, из собственного кармана.

Вспомним, что по закону о медицинском страховании 1993 г. страховые компании должны получать средства от территориальных фондов ОМС вперед на каждого застрахованного. В таком случае они были бы заинтересованы меньше платить медицинскому учреждению (для этого им следовало придумать, как платить медицинскому учреждению вперед, стимулируя экономное расходование средств) и таким образом увеличивать свои доходы. Однако территориальные фонды ОМС (и филиалы фондов ОМС) в конце концов стали выдавать деньги страховым компаниям не вперед, а по факту<sup>2</sup>. Это изменение полностью лишило страховые компании стимула искать более выгодных партнеров для заключения договоров, поощрять их к экономности и повышению качества медицинского обслуживания. Теперь, когда страховая компания тратит больше нужного, территориальный фонд ОМС просто доплачивает ей недостающие средства. Доход страховой компании состоит из фиксированной доли от стоимости каждой медицинской услуги договорного набора. Имея гарантированный доход, страховая компания не стремится заставить медицинское учреждение тратить страховые деньги экономнее<sup>3</sup>. Более того, им даже выгодно договариваться с медицин-

---

<sup>1</sup> Эти слова исполнительного директора Московского городского фонда ОМС Ильи Ломакина-Румянцева приведены в работе L. Twigg (48).

<sup>2</sup> Причины обсуждаются в разделе «Финансирование больниц».

<sup>3</sup> Всякую возможность конкуренции исключает то, что доход страховой компании гарантирован даже вдвойне: во-первых, территориальный фонд ОМС платит ей за предоставленные медицинские услуги, во-вторых, страховая компания безраздельно властвует на своей территории, куда конкуренты не вторгаются.

ским учреждением, чтобы оно предоставляло побольше медицинских услуг, чтобы страховой компании досталось больше денег. Так что, пока страховая компания не несет финансового риска и имеет гарантированный доход, никакой пользы от повышения экономической эффективности работы медицинского учреждения получить невозможно.

Здесь мы говорили только о страховых компаниях, но те же соображения касаются и филиалов территориальных фондов ОМС. Они, будучи одной из структур ОМС, безусловно, отнюдь не стремятся брать на себя финансовый риск.

#### *Децентрализация управления и финансирования*

Закон о медицинском страховании основывался на том, что административное и финансовое управление системой медицинского страхования на региональном уровне будет децентрализовано.

Встал важный вопрос: кто будет платить за медицинское обслуживание человека из другого региона? В СССР существовала сеть специализированных межреспубликанских клинических и диагностических центров, которые обслуживали жителей близлежащих районов, были налажены и методы оплаты за лечение больных из соседних областей. Все это позволяло району развивать определенное направление медицинской помощи, и несколько районов сообща предоставляли своим жителям всеобъемлющее медицинское обслуживание. Такая система была возможна благодаря тщательному планированию, которое осуществлялось центральным и районным руководством. В последние же годы из-за сокращения финансирования районы стали не способны оплачивать лечение своих жителей в других районах и областях и, соответственно, обеспечить им всестороннее медицинское обслуживание (49). Сегодня лечение в соседней области больной вынужден оплачивать из собственного кармана. Федеральная власть теперь отвечает только за федеральные программы в области здравоохранения. Стремясь обеспечить население полным спектром медицинских услуг, районы снова пытаются сотрудничать, но серьезных результатов пока не добились.

Взаимодействие районов и областей в медицинском обслуживании распалось из-за стремления местной медицины к самостоятельности на фоне стремления районов к суверенитету (48). Сегодня многие районы стремятся открыть у себя все виды медицинских учреждений и расходуют средства на капитальные вложения неразумно. В итоге высокоспециализированную помощь и сложнейшее оборудование используют нерентабельно, забывая о необходимости повышать квалификацию врачей.

Особенно тяжело децентрализация ударила по лечебным и научным медицинским учреждениям федерального значения: лечить в них людей на средства ОМС нельзя, а их собственный бюджет сократился вместе с государственным, так что многие из них закрылись. Некоторые клиники, чтобы выжить, сделали свои услуги платными, и для основной массы россиян предоставляемая ими высокоспециализированная помощь стала недоступной. Остались без средств и вынуждены были закрыться многие научно-исследовательские медицинские институты.

*Межрегиональные различия и неудачи выравнивания*

Закон предусматривает, что 0,2% фонда оплаты труда следует вносить в Федеральный фонд ОМС для выравнивания средств территориальных фондов. Однако этих средств оказалось недостаточно, чтобы погасить неравное положение российских регионов, которое еще сильнее обострилось на фоне экономического кризиса 1990-х гг. Одни субъекты Российской Федерации обладают развитой промышленностью, другим повезло меньше — на них давит безработица и выраженный дефицит местного бюджета. Неравенство регионов растет: в 1992 г. соотношение наименьших и наибольших ассигнований на медицинское обслуживание на душу населения составляло 1:4,3, а в 1998 г. — уже 1:7,6 (38).

*Неспособность изменить интересы медицинских учреждений*

В соответствии с законом, медицинское учреждение может получать деньги из расчета на душу населения, за оказанные услуги, по клинично-затратным группам и так далее. То есть по взаимному соглашению принимается любой метод или сочетание методов оплаты медицинского обслуживания. Закон предусматривает возможность выбора, и каждый регион имеет право взять за основу свой метод оплаты медицинского обслуживания. Однако в оплате труда медицинских кадров с советских времен почти ничто не изменилось. Врачи все так же остаются наемной рабочей силой своих учреждений и получают фиксированную заработную плату от местных властей. Несмотря на введение новшеств в оплате больничных услуг, компенсация за них производится задним числом (см. также раздел «Финансирование больниц»). В итоге поликлиники и больницы заинтересованы не в более экономном расходовании средств, а в чрезмерном предоставлении своих услуг, то есть работают по прежним методам. В этом отношении страховые компании, там где они имеются, просто пассивно передают деньги медицинским учреждениям, а вовсе не пробуждают в них новые интересы.

*Ограничение свободы выбора потребителя*

По закону потребитель имеет право свободно выбирать страховую компанию, а через нее — медицинское учреждение. Свобода выбора потребителя важна не только для лучшего его удовлетворения, она заставляет страховые компании и медицинские учреждения бороться за него, повышая качество своей работы. На деле свобода выбора потребителя во многих регионах ограничена, поскольку в них слишком мало страховых компаний. Даже там, где их много, потребитель лишен возможности выбирать, поскольку страховые компании делят население между собой. При таком положении дел потребителю остается единственная возможность выбора — выбор врача в своей поликлинике. Собственно, и эта возможность приносит пользу, когда заработная плата врача зависит от качества работы врача или от его нагрузки. Однако в России врачи в основном получают фиксированную заработную плату, и любовь больных к ним оборачивается для них одной лишней нагрузкой, не подкрепленной финансовым вознаграждением. Таким образом, упущена даже последняя возможность повли-

ять на качество медицинского обслуживания через свободный выбор потребителя.

#### *Недостатки нормирования*

В результате стремительной децентрализации управления здравоохранением государство утратило свое регулирующее влияние на эту сферу. Хотя Министерство здравоохранения поддержало введение закона о медицинском страховании, впоследствии оно не делало ничего, чтобы наладить взаимоотношения сторон, участвующих в медицинском страховании, и таким образом осложнило развитие законодательной и нормативной основы ОМС. Реформа осталась без контроля со стороны министерства, и децентрализация управления здравоохранением пошла еще быстрее. Усматривая в рыночных отношениях средство от всех бед здравоохранения, государство всецело положилось на них и забыло о том, что здравоохранение требует государственного управления. Так, деятельность страховых компаний не нормировали, посчитав, что она наладится сама собой под напором конкуренции. Крайне слабо оказалась упорядочена и деятельность фондов ОМС. Разрешив страховым компаниям заключать договоры и с государственными, и с частными медицинскими учреждениями, закон в то же время ни для страховых компаний, ни для медицинских учреждений не определил четко разницу между обязательным и добровольным страхованием, использованием государственных и частных средств. Из-за этих неясностей у медицинских учреждений и страховых компаний появились возможности использовать в своих интересах неосведомленность потребителя, по-своему распоряжаться набором медицинских услуг, оплаченных договором ОМС, обогащаться за счет государственных средств (37). Смутное разделение обязанностей властных и страховых структур в обеспечении медицинского обслуживания в рамках ОМС и отсутствие жесткого управления их деятельностью способствует нерациональному использованию средств (47).

#### *Политические трения*

Когда в финансировании здравоохранения появились новые участники, между ними и прежними хозяевами этой сферы возникла борьба за власть. Хотя в последние годы ситуация успокоилась и новые структуры стали восприниматься как должное, изначально министерства здравоохранения и финансов, региональные органы управления здравоохранением сопротивлялись появлению фондов ОМС и страховых компаний, которые потеснили их во власти и в распоряжении средствами. Министерству финансов не нравилось появление полностью независимых от него фондов ОМС. Вполне вероятно, что некоторые региональные власти умышленно не выплачивали фондам взносы за неработающих граждан, чтобы подорвать систему ОМС и способствовать ее упразднению. В двенадцати субъектах Российской Федерации местные власти присвоили средства фондов ОМС и незаконно использовали их на далекие от здравоохранения нужды вроде жилищного и коммунального строительства.

В 1994 г. большинство местных властей стали требовать права управлять распределением собранных территориальными фондами ОМС средств. Хотя тогда же некоторые регионы приветствовали реформы, особенно мощную поддержку ОМС получило в наиболее финансово благополучных и обладающих сильной властью регионах. В 1995 г. и 1996 г. ряд представителей центрального руководства здравоохранением попытались внести в закон о медицинском страховании поправки, которые сократили бы власть новых страховых учреждений. В частности, фонды ОМС предлагали передать под управление государства, а частные страховые компании намеревались лишь использовать возможность распоряжаться государственными средствами. Однако в Государственной Думе эти предложения не прошли, благодаря противодействию сильных групп, представляющих интересы частных страховых компаний и фондов ОМС. С другой стороны, некоторые субъекты Российской Федерации (в частности, Курская область и Республика Марий Эл) решили не вводить у себя ОМС и не дали частным страховым компаниям участвовать в финансировании здравоохранения.

В 1996 г. после выхода в отставку министра здравоохранения, основного противника ОМС, нападки на страховые компании и фонды ОМС прекратились.

#### *Недостатки закона*

Создатели закона о медицинском страховании были уверены, что все недостатки советского здравоохранения происходят из-за скудного финансирования. Они надеялись, что новый источник средств пополнит общий бюджет российского здравоохранения, а это в свою очередь поможет справиться со всеми остальными трудностями. Вероятно, крайняя бедность здравоохранения настолько увлекла реформаторов, что они упустили из виду необходимость создать рентабельную систему управления здравоохранением, методы управления ценами и повышения экономической эффективности медицинского обслуживания. Кроме того, они чрезмерно уповали на рыночный характер реформы, считая, что его достаточно для повышения экономической эффективности здравоохранения, и не поняли, что для успеха предусмотренных реформой коренных перемен прежде всего необходимы четкие экономические, административные и нормативные рамки, так и сильное руководство.

#### **Самарская область. Пример успешных реформ (44)**

Самарская область — крупнейшая промышленная область Поволжья с населением 3,3 млн человек. Она была одним из трех регионов, на территории которых в конце 1980-х гг. проводился эксперимент по введению нового хозяйственного механизма. Уже в результате этого эксперимента реформа здравоохранения добилась определенных успехов: средняя продолжительность госпитализации сократилась на 7%, число необязательных госпитализаций — на 13%, число вызовов скорой помощи — на 12%, а число больничных коек — на 5500.

В 1996 г. в Самарской области началось выполнение «Концепции разви-

тия здравоохранения Самарской области на 1996—2000 гг.», которая преследовала такие цели:

- усовершенствовать систему ОМС;
- в первую очередь развивать первичное медицинское обслуживание и обеспечить подготовку врачей общей практики;
- более рационально использовать медицинскую помощь, поощрять больных обращаться за специализированной медицинской помощью только при необходимости;
- развивать различные формы собственности в здравоохранении, в том числе и частную медицинскую практику;
- усовершенствовать управление здравоохранением, в том числе и методы контроля за качеством медицинского обслуживания;
- более эффективно использовать средства здравоохранения.

В 1993 г. Самарская область ввела у себя федеральную схему ОМС. Все жители Самарской области были застрахованы, а за первые два квартала 1999 г. полностью были собраны взносы на ОМС. Эти успехи были достигнуты благодаря тому, что Самарский территориальный фонд ОМС сумел договориться об уплате взносов со всеми предприятиями, а взносы за неработающее население областная дума в 1998 г. постановила не собирать с районов, а сделать статьей областного бюджета. Самарская область — единственный субъект Российской Федерации, в котором территориальный фонд ОМС выполняет предусмотренную законом 1993 г. роль по объединению средств здравоохранения и в котором взносы за неработающее население оплачиваются полностью. В соответствии с постановлением Самарской областной администрации, размер взносов за неработающее население рассчитывают следующим образом: из общих затрат на медицинское обслуживание вычитают взносы за работающее население.

Успешно собрав обязательные взносы на ОМС, Самарская область не только обеспечила своих жителей установленным государством набором медицинских услуг, но и расширила его.

Расширить договорный набор медицинских услуг помогли также усилия, направленные на более эффективное использование средств медицинскими учреждениями. В августе 1995 г. средства больницам и поликлиникам вновь стали выделять в соответствии с принципами уже испытанного нового хозяйственного механизма. Теперь поликлиника получает деньги на душу обслуживаемого населения, оплачивает госпитализацию каждого больного и его лечение в больнице, то есть распоряжается бюджетом на медицинское обслуживание. Потратив на стационарное лечение больных меньше денег, чем предусмотрено в бюджете, разницу поликлиника оставляет себе, и наоборот — недостающие деньги она компенсирует сама. Безусловно, именно этот подход позволил резко сократить расходы на стационарное лечение: в СССР на него уходило 80% средств на медицинское обслуживание, а сейчас — лишь 54%.

Столь резкая перемена не может не вызвать подозрений: не отказывают ли больным в госпитализации исключительно из финансовых соображений? Именно этот вопрос мы задавали врачам, и большинство ответили на

него отрицательно, но один респондент признал, что иногда больных просят оплатить исследования или стационарную помощь даже при наличии показаний к ней.

В большинстве самарских поликлиник организованы дневные стационары, деятельность которых в значительной мере способствует сокращению потребности в госпитализациях, а также амбулаторные хирургические отделения.

Большое внимание уделяется и развитию общей практики. С 1993 г. в Самарском медицинском университете действует кафедра семейной медицины, а по оценкам, в Самарской области работает треть из 1500 российских врачей общей практики. Создают отделения общей практики, в которых работает по три специалиста: семейный врач, акушер-гинеколог и педиатр.

Самарская область — единственный субъект Российской Федерации, в котором принят закон о частной медицинской деятельности (в 1999 г.), которой разрешено заниматься и психиатрам, и врачам, которые занимаются лечением социально значимых заболеваний, алкоголизма и наркомании.

Частнопрактикующие врачи имеют право действовать в системе ОМС, а врачам государственных медицинских учреждений (больниц и поликлиник) предлагают оказывать платные медицинские услуги. Появление частной практики способствует некоторой конкуренции, но больные пока не могут свободно выбирать страховую компанию и медицинское учреждение. Государственные медицинские учреждения предоставляют платные услуги частным лицам, а вот частных медицинских учреждений пока немного из-за высоких затрат, необходимых им для начала работы.

Врачи государственных медицинских учреждений до сих пор получают заработную плату в соответствии с принятыми по всей России жесткими ставками. В то же время возможность оказывать платные услуги позволяет им законным путем увеличивать свои доходы и к тому же заставляет их конкурировать за платежеспособных больных. Часть доходов от платных медицинских услуг идет на капитальные вложения, и учреждения, которые их предоставляют, заметно отличаются от остальных и внешним видом, и более современным оборудованием.

Новые методы работы помогли Самарской области справиться со многими трудностями, преодолевающими остальные российские области, но они же породили и ряд новых вопросов. Вероятно, в Самарской области сейчас создается двухуровневая система здравоохранения, в которой более обеспеченные люди имеют свободный доступ к медицинскому обслуживанию высокого качества, а менее обеспеченным достаются медицинские услуги второго сорта, доступ к которым к тому же ограничен. С этой точки зрения особенно тревожит, что государственным медицинским учреждениям разрешают оказывать любые услуги платно — это благоприятствует тому, что врачи предпочитают лечить больных за деньги, пренебрегая тем, кто хочет лечиться бесплатно. Примечателен еще один факт: хотя система ОМС сумела собрать все взносы, средств на оплату полного договорного набора медицинских ус-

луг все равно не хватает, и это дает еще больше простора для развития платной медицины.

С другой стороны, Самарская область добилась более заметных, а может, и самых значительных успехов в реформировании здравоохранения по закону о медицинском страховании 1993 г. Более того, опасности, о которых мы говорили выше, связаны не с изъянами в существе новой системы медицинского обслуживания, а с недостатком средств.

### **Направления дальнейших преобразований финансирования здравоохранения**

Итак, реформы, осуществляемые в соответствии с законом о медицинском страховании, породили ряд трудностей, и результаты их далеки от ожидаемых. За годы преобразований обсуждались многие вопросы, предлагалось множество вариантов новых реформ, направленных на устранение новых недостатков.

В 1997 г. в российском парламенте обсуждали два противоборствующих проекта реформ. Один (разработанный заместителем министра здравоохранения В. Стародубовым, который позже и до 1999 г. был министром здравоохранения) предлагал упразднить страховые медицинские компании, а фонды ОМС передать под управление региональной и центральной власти. Иными словами, предполагалось новую систему финансирования здравоохранения разрушить и вернуть централизованное, основанное на налогах, финансирование. Второй проект (депутата Государственной думы Е. Горюнова) был направлен на укрепление рыночных отношений. В нем предлагалось развивать частную медицину, повысить роль страховых компаний и прочих негосударственных организаций, привлекая их к лицензированию, аттестации и инспектированию медицинских учреждений, а также усилить давление на местные власти, чтобы они выплачивали из местного бюджета страховые взносы за неработающее население (50). Несмотря на бурные обсуждения этих проектов в 1998 г., принято ни одно из них не было.

В 1999 г. была создана рабочая группа, в которую вошли представители Министерства здравоохранения, Федерального фонда ОМС, Министерства по налогам и сборам и некоторых других министерств и государственных департаментов. Рабочая группа должна была обсудить предложения губернатора Самарской области по увеличению взносов работодателей в медицинское страхование и снижению налогов, пополняющих бюджетные средства здравоохранения, в результате чего поступления в фонды ОМС должны были вырасти. Эти начинания ни к чему не привели.

В течение примерно двух последних лет много говорят о необходимости преобразовать и, возможно, объединить социальное и медицинское страхование. Не прекращаются споры о месте и роли страховых компаний в новой системе финансирования. Одна, похоже, достаточно популярная среди чиновников от здравоохранения и работодателей, точка зрения сводится к тому, что фонды ОМС и особенно страховые компании не нужны, поскольку

они только пассивно передают средства и требуют лишних затрат на свое содержание. Сторонники нынешней системы финансирования возражают, отмечая, что невозможно достоверно оценить работу еще не вполне введенной в действие системы.

Еще следует отметить, что большинство россиян вообще не понимают, что такое ОМС и кто им занимается, а потому не имеют собственной точки зрения на него и не видят препятствий для его дальнейшего существования (51).

В 1999 г. Государственная дума приняла в первом чтении проект «Закона об обязательном медицинском страховании», но позже его отклонила. Этот закон уменьшал значение страховых компаний в финансировании государственного здравоохранения и предоставлял регионам возможность по желанию устранять их. Сторонники медицинского страхования препятствовали принятию этого законопроекта и сумели остановить его.

Споры о будущем ОМС продолжались, и в 2001—2002 гг. появились новые варианты законопроекта. Остановимся на наиболее важных из них.

1. Сегодня территориальные фонды ОМС отчитываются перед местными органами управления здравоохранением. Предлагается объединить социальное и медицинское страхование, создав централизованное управление территориальными фондами, которые должны стать региональными отделениями Федерального страхового фонда.

2. Сделать страховые взносы за неработающих граждан статьей государственного бюджета. Таким образом, Федеральный фонд ОМС будет получать средства из двух источников: взносы от работающих граждан и взносы из государственного бюджета за неработающих граждан.

3. Сохранить страховые компании, но создать условия, стимулирующие конкуренцию среди них, а именно:

- предоставить всем гражданам возможность свободно выбирать страховую компанию;
- ввести строгие требования к страховым компаниям, в том числе обязать их представлять четкий план работы, обосновывать выбор медицинского учреждения и так далее;
- в договоре с медицинским учреждением указывать набор договорных медицинских услуг.

Третий вариант закона принципиально отличается от первых двух: он поддерживает либеральные, ориентированные на рыночные отношения взгляды, в соответствии с которыми ведущее место в новой системе финансирования отдается страховым компаниям. Судя по всему, власти склоняются именно к этому варианту закона, и у него больше всего шансов быть принятым. Прежде всего сегодня необходимо решить ряд ключевых вопросов, и некоторые из них предусмотрены в третьем варианте законопроекта:

- механизм объединения средств здравоохранения;
- руководство здравоохранением в условиях широкомасштабной децентрализации власти;
- новые правила работы страховых медицинских компаний;

- тщательный подбор медицинских учреждений для заключения договоров ОМС;
- методы предварительной оплаты медицинских услуг;
- финансирование здравоохранения в условиях выраженной нехватки средств (введение частично платного медицинского обслуживания и так далее);
- возобновление планирования в условиях рынка.

Недавно начали обсуждать еще два важных вопроса: 1) возможность дополнить выплату страховых взносов за неработающих граждан из государственного бюджета и 2) привлечение к финансированию ОМС пенсионеров Пенсионного фонда.

Однако, из-за поступающих со всех сторон замечаний работа над законопроектом идет медленно. Как уже отмечалось, одних беспокоит, что нынешняя система ОМС действует в интересах страховых компаний, а не больных и бороться с этим можно только преобразованием всей системы финансирования. Другие отмечают, что частным организациям — частным страховым компаниям в первую очередь — недостает законодательной основы, чтобы распоряжаться государственными средствами (а именно, взносами, собранными фондами ОМС). Третьи утверждают, что законы, регулирующие деятельность ОМС, противоречат Гражданскому кодексу. Четвертые считают, что руководить медицинским страхованием один закон не может и добровольному медицинскому страхованию нужен отдельный закон. Итак, мнений множество, и разработка приемлемой для всех схемы развития финансирования здравоохранения, по-видимому, потребует времени.

## Набор медицинских услуг

### Основной набор медицинских услуг

От СССР Россия унаследовала привычку гарантировать всестороннее социальное обеспечение своим гражданам, в том числе и бесплатное медицинское обслуживание, право на которое провозглашала советская конституция. Однако нигде не было четко сказано, что же входит в гарантированный — основной набор медицинских услуг. Граждане просто имели право получить любую услугу в медицинском учреждении, в которое они могли попасть. На деле это оборачивалось неравенством: набор и качество медицинских услуг были разными в разных районах и зависели от должности, которую занимал человек.

Независимая Россия не лишила своих граждан гарантированного медицинского обслуживания, а лишь подтвердила право на него в новой конституции и новом законе о медицинском страховании. В соответствии с первой (1991 г.) и второй (1993 г.) редакциями закона о медицинском страховании государственная система здравоохранения обеспечивает граждан всесто-

ронным медицинским обслуживанием. ОМС является всеобщим и гарантируется российским гражданством и местом прописки. Таким образом, лицам без гражданства медицинское обслуживание формально не гарантировано<sup>1</sup>.

В соответствии со статьей 22 закона о медицинском страховании 1991 г., основной набор медицинских услуг по ОМС — базовую программу ОМС — разрабатывает Министерство здравоохранения и утверждает Совет Министров. На ее основе региональная власть имеет право разработать свою — территориальную программу ОМС, которая, однако, обязана предоставлять населению медицинские услуги не меньшего объема и качества, чем это указано в базовой программе ОМС. В новой редакции закона 1993 г. эта статья не изменена.

Первая базовая программа ОМС была утверждена постановлением Совета Министров от 1992 г. «О мерах по выполнению Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"». Позже она перерабатывалась, но в нее всегда входили следующие виды медицинской помощи:

- скорая медицинская помощь;
- первичное медицинское обслуживание;
- профилактика и диагностика заболеваний в амбулаторных условиях;
- долечивание, наблюдение и реабилитация детей, подростков, инвалидов, ветеранов и приравненных к ним категорий граждан;
- стационарное лечение.

Перечисленные виды медицинской помощи составляют минимальный набор медицинских услуг (то есть предоставляемых по медицинским показаниям), предоставляемый по 29 основным медицинским специальностям.

Лекарственное обеспечение госпитализированных больных в основной набор медицинских услуг по ОМС включено. Все препараты, назначенные специалистом или участковым терапевтом амбулаторно, больные, как и при советской власти, покупают сами. Исключение составляют больные льготных категорий (дети, ветераны, больные сахарным диабетом и другие).

Объему медицинского обслуживания посвящен также приказ № 146 Министерства здравоохранения за июнь 1993 г. В нем указан основной набор медицинских услуг по ОМС для работающих граждан, который включает основные виды медицинской помощи по 29 медицинским специальностям.

Впервые государство серьезно пересмотрело свои обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи в 1998 г.: была принята «Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (далее — программа государственных гарантий), которая содержала перечень бесплатных медицинских услуг. Программа государственных гарантий не изменила набор таких услуг, но приводила в соответствие объем гарантированных медицинских услуг и их финансовое обеспечение. Она определяла, сколько требуется денег, чтобы обеспечить население бесплатной медицинской помощью, из каких источников их следует получать и как распределять. Еще раз перечислив

---

<sup>1</sup> Отметим, что получить российское гражданство не так уж просто: для этого необходимо иметь работу и постоянное место жительства, получить разрешение от местных властей.

виды и объем бесплатных медицинских услуг, программа государственных гарантий в действительности подтверждала права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

В соответствии с программой государственных гарантий, виды и объем бесплатной медицинской помощи определяет Министерство здравоохранения по согласованию с Федеральным фондом ОМС. Финансировать выполнение программы надлежит из бюджетов всех уровней и средств ОМС, причём каждому источнику финансирования предписывано обеспечивать определенный набор медицинских услуг. Объем средств на здравоохранение, которые необходимо выделить из федерального, региональных и местных бюджетов, бюджетов Федерального и территориальных фондов ОМС, рассчитывают на основании нормативов по объемам медицинской помощи. Программу государственных гарантий ежегодно пересматривают. Кроме того, Министерство здравоохранения, Федеральный фонд ОМС и местные органы управления здравоохранением ежегодно утверждают соглашения (трехсторонние соглашения), на основании которых: (1) выравнивают финансирование регионального здравоохранения; (2) финансируют проведение федеральных целевых программ (по лечению сахарного диабета, профилактике туберкулеза, развитию медицинских технологий и так далее); (3) регионы выплачивают взносы на бесплатное лечение своих жителей в федеральные медицинские учреждения. Региональные власти, в свою очередь, принимают и выполняют территориальные программы государственных гарантий (объем бесплатной медицинской помощи в них может быть только расширен) и обязуются произвести необходимые преобразования в организации своей системы здравоохранения.

Первые расчеты были основаны на предположении, что доля стационарной помощи сократится в пользу амбулаторной, и местным властям рекомендовали закрывать нерентабельные больницы или сокращать в них число коек. Объем стационарного обслуживания планировали сократить на 18,5%, а за счет освободившихся средств увеличить затраты на амбулаторную помощь на 27% в 1999 г. и на 35—40% в последующие годы. По оценкам, осуществление этих планов позволяло покрыть затраты на медицинскую помощь за счет государственных средств на 75%, то есть дефицит государственного финансирования должен был составить 25%. Однако на деле он достигает от 40 до 65% — в зависимости от времени года и региона.

В настоящее время в большинстве субъектов Российской Федерации действуют территориальные программы государственных гарантий (38). Тем не менее опыт показывает, что способ их утверждения не вполне надежен и часто на их содержание влияют политическая ситуация и отношения между федеральной и региональной властью. Лишь немногие субъекты Российской Федерации воспользовались программой государственных гарантий, чтобы изменить доминирующее положение стационарной помощи.

В январе 2000 г. Министерство здравоохранения и Федеральный фонд ОМС совместно с Министерством финансов выпустили методические рекомендации по формированию территориальной программы государственных гарантий. Они определили цели, принципы, структуру и порядок созда-

ния территориальной программы и установили нормативы объема бесплатной медицинской помощи и затраты на нее.

Ниже приведены виды бесплатной медицинской помощи и лекарственного обеспечения, определенные программой государственных гарантий в соответствии с источником их финансирования.

За счет средств государственного бюджета предоставляются:

- скорая медицинская помощь;
  - амбулаторная и стационарная помощь при социально значимых заболеваниях, а именно:
    - кожных и заболеваний, передаваемых половым путем;
    - туберкулезе;
    - ВИЧ-инфекции;
    - психических расстройствах;
    - наркомании;
    - отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде;
    - некоторых детских заболеваниях;
  - диспансерное наблюдение здоровых детей;
  - льготное лекарственное обеспечение и протезирование;
  - ряд дорогостоящих медицинских услуг.
- За счет фондов ОМС бесплатно предоставляются:
- амбулаторная и стационарная медицинская помощь при:
    - инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и ВИЧ-инфекции);
    - онкологических заболеваниях;
    - эндокринных заболеваниях;
    - кожных заболеваниях;
    - расстройствах питания;
    - заболеваниях нервной системы;
    - заболеваниях крови и отдельных иммунологических заболеваниях;
    - заболеваниях глаза;
    - заболеваниях уха;
    - заболеваниях органов дыхания;
    - заболеваниях органов пищеварения;
    - любых травмах и отравлениях;
    - заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
    - некоторых видах врожденных заболеваний у взрослых;
    - ряде других заболеваний.

По разработанной федеральной властью методике региональное руководство рассчитывает подушевые нормативы финансирования здравоохранения, которые определяют затраты на медицинское обслуживание одного жителя. Затем по ним определяют, сколько средств необходимо выделить, чтобы покрыть расходы на бесплатные медицинские услуги.

Итак, субъект Российской Федерации волен определять собственную программу государственных гарантий с единственной оговоркой — набор бесплатных медицинских услуг должен быть не меньше, чем требует федеральная Программа. Сегодня межрегиональные различия становятся все

более выраженными, и одни районы бесплатно предоставляют услуги, недоступные жителям других.

### **Услуги, не включенные в основной набор медицинских услуг**

В основной набор бесплатных медицинских услуг не вошли:

- косметическая хирургия;
- гомеопатические и нетрадиционные методы лечения, а также услуги, предоставляемые лицами без медицинского образования;
- стоматологическая помощь (детям, ветеранам, ряду льготных категорий предоставляется бесплатно);
- протезы, в том числе зубные (ветеранам и ряду других льготных групп предоставляется бесплатно);
- восстановительное и санаторное лечение в медицинских учреждениях, не имеющих лицензии Министерства здравоохранения;
- санитарно-гигиеническое просвещение и литература, предлагаемые оздоровительными учреждениями, не имеющими лицензии Министерства здравоохранения;
- обучение правилам экстренной помощи и ухода за больными;
- лекарственное обеспечение амбулаторных больных.

Наконец признано право врача определять наиболее целесообразные методы лечения и отказывать больному в лечении, которое он назначил себе сам. Таким образом, устранена одна из самых обременительных гарантий, предоставленная населению еще советской конституцией. Тем не менее на деле медицинские работники часто идут на поводу у больных.

Перечисленные выше виды медицинской помощи не вошли в число гарантированных населению по разным причинам. Гомеопатические и прочие не признанные официальной медициной методы лечения и реабилитации не обоснованы научно. Косметическая хирургия, стоматологическая помощь и лекарственное обеспечение амбулаторных больных просто не входили в число бесплатных медицинских услуг и раньше. В целом, большинство видов медицинской помощи, бесплатных в 1990 г., остались такими и сейчас, и пересмотр государственных гарантий не исключил из их числа такие услуги, как санаторно-курортное лечение или массаж, которые во многих куда более богатых странах являются платными.

Любые не гарантированные государством медицинские услуги сегодня легко можно купить. С одной стороны, это приводит к неравенству больных, но с другой, перечень бесплатных медицинских услуг столь широк, что веских доводов для волнения по поводу доступности медицинского обслуживания не дает.

Гораздо тревожнее чрезмерная нагрузка на скудно обеспеченное здравоохранение, которое вынуждено бесплатно предоставлять почти всестороннее медицинское обслуживание всем гражданам страны. Программа государственных гарантий 1998 г. по-прежнему гарантирует населению России бесплатное медицинское обслуживание и не учитывает сложности недостаточного финансирования. Попытки уравновесить средства здравоохранения и затраты на медицинское обслуживание по Программе государствен-

ных гарантий ни привели к заметным результатам именно потому, что сам принцип бесплатного медицинского обслуживания остался неизменным.

Вместо того чтобы попытаться сократить набор бесплатных медицинских услуг, правительство в 2001 г. постановило число бесплатных амбулаторных медицинских услуг увеличить. Таким образом, больницы и поликлиники обязаны предоставлять все гарантированные виды медицинской помощи, а вот оплачивать их затраты не обязан никто. Средства, поступающие из определенных законом источников (бюджетов и ОМС), в реальном исчислении не достигают уровня финансирования здравоохранения за 1991 г. и не покрывают издержки на него, а в итоге все чаще дефицит средств компенсируют за счет самих больных. Имеющиеся средства идут на заработную плату медицинских работников, остальные же статьи расходов либо оплачиваются полностью, либо не оплачиваются вовсе. Ситуация, при которой государство, предоставляя гарантии, не обеспечивает их должным финансированием, возникла отчасти из-за слабости государства, которое не решается сократить социальные гарантии и ввести частично платную медицину, отчасти из-за слабости влиятельных групп в здравоохранении, которые в других отраслях (в частности, оборонной, нефтяной, путей сообщения) действуют гораздо активнее (47).

### **Ограничения**

В составлении перечня медицинских услуг самое сложное — разработать набор гарантированных медицинских услуг, включить в который все виды медицинской помощи невозможно и не целесообразно. Это проблема политического характера, и с ней сталкиваются и в Европе, и за ее пределами. Составить перечень ограничений гораздо проще, хотя и в этом случае трудно избежать промахов (например, найти разумное основание для исключения той или иной услуги). В условиях недостаточного финансирования ограничения неизбежно возникают импровизированно. В отсутствие официальных методов установки ограничений медицинские учреждения изобретают их сами — это и неофициальные очереди, и взятки, и просьбы к больным оплачивать расходные материалы для исследований (пленки для рентгенограмм, реактивы и так далее). Такие подходы способны лишить медицинского обслуживания самых бедных, но есть много примеров, когда врачи просят обеспеченных больных покупать больше расходных материалов, пуская их излишки на лечение малоимущих. Подобное изобретенное больницами «налогообложение» богатых больных отчасти способно защитить самых бедных, но оно, безусловно, не исключает ни произвола медицинских учреждений, ни неизбежного неравенства больных.

### **Дополнительные источники финансирования**

По официальным статистическим данным, российское здравоохранение в основном финансируется за счет бюджетных и страховых средств. Размер

поступлений из каждого источника и доля их участия в финансировании здравоохранения приведены в табл. 1 и табл. 2.

В две упомянутые таблицы вошли многие, но не все источники финансирования здравоохранения. В частности, в них не учтены взятки за медицинское обслуживание, которые, по всей видимости, являются достаточно важным источником средств (подробнее обсуждаются ниже). Кроме того, приведена лишь часть поступлений от различных министерств и предприятий, обладающих собственной — ведомственной — медициной (см. ниже). Наконец, в таблицы не включены отчисления государства субъектам Российской Федерации, которые те используют на различные социальные нужды по собственному усмотрению (предположительно, крайне малая часть этих средств идет на здравоохранение).

Как видно из табл. 2, доля федерального бюджета в финансировании здравоохранения невелика и долго сокращалась, составив в 1999 г. лишь 5%. Позже она стала расти как следствие возродившейся благосклонности к централизованному управлению и попыток государства улучшить здоровье детей и бороться с социально значимыми заболеваниями (туберкулезом и прочими).

В табл. 3 показано, как распределяются средства государственного бюджета. Основная их часть через Министерство здравоохранения поступает на подготовку медицинских кадров, медицинские исследования, мероприятия в области общественного здравоохранения, крупные вложения и высоко-специализированное медицинское обслуживание. Доля средств, поступающая в другие учреждения, используется для финансирования Российской академии медицинских наук и ведомственной медицины. Однако для последней эти средства не являются единственным источником финансирования, поскольку некоторые министерства содержат собственную медицину на внебюджетные государственные средства, не учтенные официальной статистикой. В связи с этим определить размах финансирования ведомственной системы здравоохранения крайне трудно, если вообще возможно.

Бюджеты субъектов Российской Федерации финансируют здравоохранение примерно на 45%, но и их доля в нем с 1992 г. заметно сокращалась. Бюджетные средства на здравоохранение правительство субъектов Российской Федерации распределяет по двум направлениям: на непосредственную оплату ряда медицинских услуг (так было до реформ в здравоохранении, так во многих регионах остается и ныне, и к тому же этого требует программа государственных гарантий) и на ОМС неработающих граждан. Свои отчисления на здравоохранение власти субъектов Российской Федерации распределяют по-разному.

Участие федерального и местных бюджетов в финансировании здравоохранения постоянно сокращается. В целом за счет бюджетных средств финансирование здравоохранения осуществляется примерно на 50%.

Доля средств ОМС в структуре финансирования здравоохранения относительно невелика и со времени введения ОМС достаточно постоянна — около 15%. Соответственно сокращению доли бюджетного финансирования постоянно растет доля частных средств. На медицинские услуги они

**Таблица 1. Затраты на здравоохранение основных источников финансирования здравоохранения (тыс. млрд. руб., с 1998 г. млрд. руб.)**

Источник	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Федеральный бюджет	0,053	0,57	2,3	3,9	4,3	9,8	5,7	10,1	16,19	23,1
Бюджеты субъектов Российской Федерации*	0,415	4,84	17,4	37,1	51,9	6,3	58,7	92,9	136,5	158,3
Бюджетные отчисления на оплату страховых взносов по ОМС за неработающих граждан	–	0,03	1,2	4,1	5,6	6,5	7,0	10,9	17,9	23,8
Обязательное медицинское страхование (взносы за работающих граждан)	–	0,97	4,2	9,0	13,9	18,3	20,0	33,1	51,1	59,6
Частные взносы в добровольное медицинское страхование**	0	0,055	0,4	1,2	2,2	3,4	3,8	7,2	12,8	нет данных
Частные лица: затраты на платные медицинские услуги***		0,1	0,6	2,9	5,6	9,3	11,4	17,4	27,5	37,8
Частные лица: затраты на лекарственные препараты	нет данных	нет данных	2,1	8,1	12,2	19,8	26,3	51,7	70,1	нет данных
Организации: затраты на платное медицинское обслуживание сотрудников	нет данных	нет данных	0,3	0,2	0,6	2,1	2,6	2,6	нет данных	нет данных
<b>ИТОГО</b>			26,9	61,2	88,5	126,6	124,7	207,8		

\* В том числе взносы в ОМС неработающих граждан.

\*\* Эти затраты включены в затраты частных лиц и организаций на платное медицинское обслуживание.

\*\*\* Без учета неофициально платных медицинских услуг.

Госкомстат Российской Федерации; «Экономика здравоохранения», № 7, 2002. Специальный выпуск.

Счета здравоохранения России.

**Таблица 2. Участие в финансировании здравоохранения основных источников финансирования здравоохранения, %\*\*\*\***

Источник	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Федеральный бюджет	11,3	8,9	8,6	6,4	4,9	7,7	4,6	4,9
Бюджеты субъектов Российской Федерации*	88,7	75,3	64,7	60,6	58,6	53,1	47,1	44,7
Бюджетные отчисления на оплату страховых взносов по ОМС за неработающих граждан	—	0,5	4,5	6,7	6,3	5,1	5,6	5,2
Обязательное медицинское страхование (взносы за работающих граждан)	—	—	15,6	14,7	15,7	14,5	16,0	15,9
Частные взносы в добровольное медицинское страхование**	0	0,9	1,5	2,0	2,5	2,7	3,0	3,5
Частные лица: затраты на платные медицинские услуги***		1,6	2,2	4,7	6,3	7,3	9,1	8,4
Частные лица: затраты на лекарственные препараты	нет данных	нет данных	7,8	13,2	13,7	15,6	21,1	24,9
Организации: затраты на платное медицинское обслуживание сотрудников	нет данных	нет данных	1,1	0,3	0,7	1,7	2,1	1,2
<b>ВСЕГО</b>	<b>100</b>							

\* В том числе взносы в ОМС неработающих граждан.

\*\* Эти затраты включены в затраты частных лиц и организаций на платное медицинское обслуживание.

\*\*\* Без учета неофициально платных медицинских услуг.

\*\*\*\* 2000 г. и 2001 г. не включены в таблицу, поскольку имеющихся данных не достаточно для расчетов.

Госкомстат Российской Федерации; «Экономика здравоохранения», № 7, 2002. Специальный выпуск. Счета здравоохранения России.

возросли более чем в пять раз, составив 8,4% финансирования здравоохранения. Но особенно резко возросли затраты частных лиц на лекарственные препараты: их доля увеличилась более чем втрое и в 1999 г. составила четверть всех расходов на здравоохранение. Поскольку покупать препараты для амбулаторного лечения люди должны были всегда, рост затрат на них в по-

**Таблица 3. Распределение средств государственного бюджета на финансирование здравоохранения, %**

Источник	1999 г.	2000 г.
Министерство здравоохранения	81,5	79,4
Другие учреждения	18,5	20,6
<b>ИТОГО</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Министерство финансов Российской Федерации.

следнее время объясняется крайне быстрым ростом цен. Постепенно растет, хотя и составляет незначительную часть, финансирование здравоохранения за счет добровольного медицинского страхования.

Следует отметить, что расходы бюджетов на ОМС неработающих граждан, доля которых в структуре финансирования здравоохранения с 1995 г. сокращалась и в 1999 г. была равна 5,2%, составляют около четверти всех средств, поступающих на ОМС (для сравнения: доля взносов за работающих граждан составляет почти 16% финансирования здравоохранения). Чтобы покрыть затраты на медицинское обслуживание неработающих граждан, этих средств крайне недостаточно. Сегодня в России не работает 55,7% населения<sup>1</sup>, а на медицинское обслуживание таких людей требуется гораздо больше средств, чем на лечение в целом более молодых и здоровых работающих граждан (53). Уместно вспомнить, что ряд субъектов Российской Федерации взносы за неработающее население не платят или платят лишь отчасти. Именно в этом кроется одна из основных причин недостаточного финансирования здравоохранения<sup>2</sup>.

Эти изменения четко отражены в табл. 4, посвященной структуре финансирования ОМС. Доля бюджетных отчислений за неработающее население после 1995 г., когда она была максимальной, до 1998—1999 гг. сокращалась и затем снова начала расти.

Предпринятое Институтом социальных исследований<sup>3</sup> исследование затрат населения на медицинские услуги и лекарственные средства показало, что в 1998 г. россияне потратили гораздо больше средств на здравоохранение, чем официально сообщается Госкомстатом. Результаты пересчета данных табл. 2 с поправкой на полученные оценки приведены в табл. 5.

Таким образом, в структуре финансирования здравоохранения частные средства составляют почти половину — 47,3%. Это гораздо больше обычно предполагаемых данных и, безусловно, больше, чем можно было бы ожидать в стране, гарантирующей своим гражданам бесплатное медицинское

<sup>1</sup> Данные Госкомстата Российской Федерации за 2000 г.

<sup>2</sup> Другие причины: низкий уровень страховых взносов за работающих граждан (3,6% фонда оплаты труда) и недостаточная доля отчислений на здравоохранение в федеральном бюджете (по крайней мере, до последнего времени).

<sup>3</sup> Институт социальных исследований — независимая некоммерческая организация. Упомянутое исследование было финансировано Проектом поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета.

**Таблица 4. Структура финансирования обязательного медицинского страхования, %**

Источник	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Страховые взносы	66,0	60,7	61,3	62,0	63,7	67,9	71,9	66,7
Взносы из бюджетов за неработающих граждан	19,3	27,4	25,2	22,1	22,4	22,4	25,2	26,6
Прочие (депозиты, пени, штрафы и так далее)	14,7	11,9	13,5	15,9	13,9	9,7	2,9	6,7
<b>ИТОГО</b>	<b>100</b>							

Госкомстат Российской Федерации.

обслуживание. Столь резкие отличия от официальных данных объясняются учетом взяток за медицинское обслуживание.

### Платные медицинские услуги

Действующая в России система медицинского страхования не предоставляет страховки, частично оплачивающей медицинские услуги. К официально платным медицинским услугам относятся:

- стоматологическая помощь;
- простые офтальмологические услуги (проверка зрения и так далее);
- большинство вспомогательных приспособлений и протезов;
- лекарственное обеспечение амбулаторных больных;
- прочие услуги, исключенные из основного набора медицинских услуг.

Платить за стоматологическую помощь, амбулаторно принимаемые лекарственные средства и зубные протезы требовалось еще в СССР. Ряд больных<sup>1</sup> от необходимости платить за лекарственные средства избавлен. Официально число платных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях увеличилось мало. Но тем не менее за 1990-е гг. вклад частных средств больных в финансирование здравоохранения вырос значительно. Отчасти это произошло из-за роста цен на лекарственные средства, обусловленного все возрастающей ролью частных фармацевтических закупочных и торговых компаний.

Расходы частных лиц на здравоохранение связаны и с тем, что сегодня больных вынуждают частично оплачивать свое лечение, затраты на которое установленные законом источники средств не покрывают. Медицинские учреждения, не имея возможности компенсировать свои затраты за счет официально предоставляемых средств, берут деньги за официально бес-

<sup>1</sup> Приказом Министерства здравоохранения (№ 157 от июля 1994 г.) ветераны войны, больные туберкулезом и еще 28 льготных групп получают 96 наименований лекарственных средств из утвержденного перечня жизненно важных лекарственных средств согласованного списка бесплатно.

платные медицинские услуги. Власти же вынуждены потворствовать этим не вполне законным методам компенсации затрат<sup>1</sup>, поскольку сами обеспечить государственные медицинские учреждения не способны. В результате граждане оказываются в весьма неравном положении: в зависимости от вида медицинской помощи и медицинского учреждения одни получают лечение бесплатно, а другие вынуждены его оплачивать полностью. В частности, плата за лечение в больнице и особенно за операцию нередко превышает размер месячного, а иногда и годового дохода больного (42). Как будет обсуждаться ниже, в разделе «Взятки», помимо полуофициально платных услуг существуют и совершенно незаконные поборы с больных.

Результаты изысканий Института социальных исследований показывают, что расходы частных лиц на медицинские услуги и лекарственные средства значительно выше, чем заявляют официально. По данным исследования за январь 1998 г., в целом частные средства, включая средства организаций, оплачивающих платное лечение своих сотрудников, составили 47%, то есть почти половину от общего объема финансирования здравоохранения (табл. 5). Исследование показало, из всего объема частных затрат на медицинское обслуживание (официальных и неофициальных) 62% средств потрачено на лекарственные средства и медицинские приспособления; за ними следуют траты на амбулаторные медицинские услуги, а за ними — на лечение в стационаре (43). Поскольку лечение в стационаре обходится доро-

**Таблица 5. Структура финансирования здравоохранения из основных источников с учетом данных Института социальных исследований**

Источник	1998 г., млрд. руб.	1998 г., %
Федеральный бюджет	5,7	3,6
Бюджеты субъектов Российской Федерации	58,7	36,7
ОМС работающего населения	20,0	12,5
Частные взносы в добровольное медицинское страхование*	3,8	2,4
Частные лица: затраты на платные медицинские услуги	32,3	20,2
Частные лица: затраты на лекарственные препараты	37,0	23,1
Организации: затраты на платное медицинское обслуживание сотрудников	2,6	1,6
<b>ИТОГО</b>	<b>160,0</b>	<b>100,0</b>

\* Здесь (в отличие от табл. 1 и 2) частные взносы в добровольное медицинское страхование не включены в в затраты частных лиц и организаций на платное медицинское обслуживание.

Таблица 2, Институт социальных исследований. Шишкин С. Реформа российского здравоохранения. Москва, ТЕИС, 2000 ([www.iet.ru](http://www.iet.ru)).

<sup>1</sup> Любопытно, что ни одного заявления в суд по этому поводу подано не было. Вероятно, это следствие свойственной россиянам покорности перед их руководством.

же, меньшая доля средств, потраченных на него, свидетельствует о более редкой плате за него.

Еще одно исследование изучало стоимость платных медицинских услуг (26). В 2001 г. за медицинское обслуживание платили около 10% обратившихся за медицинской помощью граждан. Из них примерно половина платили официально через кассу 2—3000 рублей, а 56% давали медицинским работникам деньги или подарки в размере 10—3000 рублей. В больнице лечение оплачивали 15,4% госпитализированных больных. Из них 65,3% больных платили деньги официально, а 51,3% расплачивались за лечение деньгами или подарками медицинским работникам.

Статистические данные о финансировании здравоохранения отражают неравенство, связанное с необходимостью платить за лекарственные средства и медицинские услуги. Относительно своего дохода наиболее бедные россияне тратят на лечение втрое больше наиболее обеспеченных, даже при том, что первые реже обращаются за амбулаторной помощью, меньше времени проводят в больницах и иногда не покупают назначенные им препараты из-за их дороговизны (51). У каждого десятого из опрошенных кто-либо в семье отказался от назначенного в стационаре лечения ввиду его стоимости. В половине опрошенных семей хотя бы однажды в 1998 г. член семьи не принимал назначенный врачом препарат из-за отсутствия денег на его покупку, причем в 20% семей таким препаратом было сердечно-сосудистое средство. Отметим также, что относительно своего дохода жители сел тратят больше на медицинское обслуживание, нежели городское население.

В структуре расходов граждан на платные медицинские услуги ведущее место занимают средства, заплаченные в частных клиниках. Так, в частные стоматологические клиники поступило 60,7% всех средств, потраченных населением на стоматологическую помощь, тогда как стоматологи из государственных клиник получили только 19,8% этих средств (по данным за 1999 г., доля платы в частные стоматологические клиники сократилась). Такая же ситуация наблюдается и в стационарах: 15,3% средств на стационарное лечение граждане потратили в частных стационарах и только 0,4% заплатили частным образом сотрудникам государственных больниц. Отсюда видно, что частная медицинская помощь обходится гораздо дороже государственной, даже с учетом взяток (43). Безусловно, малообеспеченные граждане, не имея средств на платные услуги, их не получают. Таким образом, нередко они оказываются лишены гарантированной им конституцией медицинской помощи, поскольку часто услуги становятся платными только потому, что медицинское учреждение не имеет средств на них.

Официально и подпольно платных медицинских услуг становится все больше в связи с тем, что государство, обязуясь обеспечить своих граждан бесплатной медицинской помощью, не выделяет на нее достаточно средств. По показателю пропорциональности расходов на здравоохранение Россия занимает 185-е место в списке из 191 страны (данные ВОЗ) (54). При столь вопиющем неравенстве необходимость пересмотреть гарантированное конституцией право на бесплатную медицинскую помощь становится все очевиднее. Поскольку при крайне скудном финансировании здравоохранение

не способно выполнить обещания государства, в России уже обсуждают возможность переложить часть расходов на здравоохранение на потребителя. В этом подходе видят средство увеличить финансирование здравоохранения, научить потребителя экономнее пользоваться медицинским обслуживанием и, как ни странно, повысить равенство медицинского обслуживания. Обычно с введением частично платных медицинских услуг неравенство расходов на здравоохранение возрастает, поскольку более бедные начинают тратить на него относительно больше. Однако в России частично платные медицинские услуги должны сократить неравенство, поскольку на них люди будут тратить меньше средств, чем на повсеместно распространенные сегодня полуофициально платные медицинские услуги и взятки<sup>1</sup>.

«Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» 1997 г. среди прочего заявляет о необходимости распределить затраты на основной набор медицинских услуг. Однако ни нормативных, ни юридических механизмов такого распределения она не предлагает. В последние годы этот вопрос, по официальным заверениям, стал одним из первостепенных, но конкретных шагов по его решению не предпринимают и всерьез, по-видимому, обсуждать не стремятся. Разработанная в 2000 г. экономическая программа предлагала переложить часть затрат на медицинское обслуживание на потребителя, но эти предложения правительство не приняло. В 2001 г. о распространении теневого рынка платных медицинских услуг говорил Президент, но и он не упомянул о необходимости разделить затраты на гарантированные медицинские услуги. По политическим соображениям частично платное медицинское обслуживание вряд ли введут в обозримом будущем, но сегодня вопрос о нем обсуждается всенародно, и люди больше знают о нем. Социологическое исследование, проведенное в рамках проекта Европейского союза Tacis, показало, что часть москвичей вкладывать свои средства в финансирование здравоохранения согласна (53).

Вопреки федеральным законам, некоторые местные власти уже ввели ряд частично платных медицинских услуг. Так, Департамент здравоохранения Пермской области установил жесткие тарифы за каждое посещение врача и каждый день госпитализации; в Калужской области обсуждается введение частичной оплаты медицинских услуг из гарантированного набора; в Республике Калерия за стационарное обслуживание пенсионеров в медицинские учреждения перечисляется 80% их пенсий.

## **Взятки**

При советской власти существовал обычай одаривать медицинских работников, которые таким образом пополняли свой бюджет. Точно судить об объеме получаемых таким образом средств сложно. Попыткам получить точные данные мешали и власти, которые отрицали существование подоб-

---

<sup>1</sup> Безусловно, частично платные медицинские услуги повысят равенство только в том случае, если они вытеснят теневую оплату медицинским работникам. В худшем случае оба эти источника финансирования будут сосуществовать.

ного обычая, и сложности подсчета — дарили не только деньги, но и различные товары. Тем не менее, по данным исследований, проведенных в 1980-х гг., на долю теневой платной медицины приходилось до 17% бюджета здравоохранения. Более осторожные оценки отводят на ее счет 7—10% бюджета здравоохранения. Как бы то ни было, любая из этих цифр свидетельствует о том, что теневая платная медицина являлась важным источником финансирования здравоохранения и прежде всего оплаты труда врачей и медицинских сестер<sup>1</sup>.

Взятки в современной России — проявление широкомасштабной коррупции. По данным двухгодичного исследования коррупции в России (его финансировали правительство Дании и Всемирный банк, а проводил научно-исследовательский коллектив фонда ИНДЕМ — информатика для демократии), на взятки россияне ежегодно тратят 36 млрд долларов — сумму, превышающую половину государственного бюджета (55). Из этой суммы 2,5 млрд долларов поглощает бытовая коррупция — взятки за официально бесплатные услуги<sup>2</sup>. Основным потребителем взяток в этой группе оказалось здравоохранение — оно забирает 600 млн долларов в год<sup>3</sup>. Исследование обнаружило, что по крайней мере 12 млн россиян не обращаются за необходимой медицинской помощью из-за невозможности дать взятку.

Таким образом, взятки безусловно остаются важным источником средств на здравоохранение. Обещая обеспечить людей почти полным набором медицинских услуг и не выделяя для этого денег, государство породило огромное несоответствие, в котором здравоохранение не может выжить без широкомасштабной теневой экономики.

Институт социальных исследований (совместно с Бостонским университетом) изучал, какую долю взятки составляют в расходах на платные медицинские услуги и лекарственные средства. Оказалось, что в декабре 1997 г. они составили 15,5% этих расходов. В декабре 1998 г. в реальном исчислении потребитель на взятки тратил чуть больше — 35,9 рубля (в декабре 1997 г. — 34,6 рубля), однако в относительных величинах этот показатель сократился до 11,5% за счет общего увеличения затрат частных лиц на здравоохранение. Доля расходов частных лиц на взятки вдвое превышает таковую на официально платные медицинские услуги (51).

Доля теневой оплаты медицинских услуг в частном секторе гораздо меньше, чем в государственном. Основную часть взяток дают за услуги в больницах, по оценкам, взятки составляют треть всех денег, которые люди платят за лечение в стационарах. Большую часть взяток получают врачи, остальное идет на подкуп должностных лиц, устраивающих госпитализацию, медицинским сестрам и прочим медицинским работникам (51).

Значительная часть неофициальных платежей идет на стоматологические услуги. В декабре 1998 г. на их долю пришлось 29,3% всей суммы теневых

---

<sup>1</sup> По разрозненным данным, основную часть взяток забирают медицинские работники, а на улучшение обеспечения медицинских учреждений идет лишь незначительная их часть.

<sup>2</sup> Большую часть — около 33,5 млрд долларов — забирает деловая коррупция.

<sup>3</sup> Следующее за здравоохранением место занимает система образования.

платежей в здравоохранении, а большую их часть получили частнопрактикующие стоматологи. Причина кроется в стремлении многих частнопрактикующих врачей уйти от налогов. С этой целью они занижают в отчетных документах стоимость лечения и экономят на налогах, что выгодно и им, и больным.

Меньше всего неофициальные платежи затрагивают лекарственное обеспечение и амбулаторные услуги.

Любопытно, что в сельской местности взятки за стационарное лечение распространены больше, чем в городах. Возможно, это связано с более низким качеством стационарного обслуживания в сельских больницах. Это наблюдение соответствует уже упомянутой общей тенденции — преобладанию теневых денежных отношений в сельской местности относительно городов (51).

### **Добровольное медицинское страхование**

Добровольное медицинское страхование в России разрешили в 1991 г., в 1992 г. оно получило законное обоснование<sup>1</sup>. Договор добровольного медицинского страхования заключают с частным лицом или группой лиц (скажем, коллектив предприятия). По нему застрахованные получают дополнительный набор медицинских услуг, не включенные в основной набор медицинских услуг. Добровольное медицинское страхование предоставляют только частные страховые компании (как правило, акционерные общества), обычно они действуют на коммерческой основе, но и для некоммерческих организаций препятствий для работы в этой сфере нет. В соответствии с законом о медицинском страховании 1993 г., добровольным страхованием имеют право заниматься частные страховые компании системы ОМС.

Вклад добровольного медицинского страхования в финансирование российского здравоохранения невелик. В 1999 г. он составил лишь 3,5% общего объема финансирования здравоохранения (табл. 2). По данным опроса российских семей, проведенного Институтом социальных исследований, лишь 5% семей заключили договор добровольного медицинского страхования, в основном страховали детей. Данные за 1998 г. свидетельствуют о низком интересе к добровольному медицинскому страхованию, а в 1999 г. интерес к нему упал еще больше. Страховки покупают обеспеченные граждане и незначительное число работодателей (в дополнение к взносам на ОМС). Среди организаций основными клиентами добровольного медицинского страхования являются зарубежные компании, которые страхуют своих сотрудников — иностранных специалистов.

Частные страховые компании прошли лишь по верхам рынка медицинских услуг, и их договоры включают только услуги, не вошедшие в основной набор бесплатных медицинских услуг. Их основная забота — обеспечить своих клиентов лучшими условиями амбулаторного и стационарного лече-

---

<sup>1</sup> Закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации», ноябрь 1992 г. (федеральный закон № 4015).

ния в самых престижных медицинских учреждениях. Для этого они заключают договоры с клиниками и больницами, которые раньше были недоступны для простых людей и еще при советской власти лучше снабжались. Благодаря таким договорам, они открывают своим клиентам путь в благоустроенные медицинские учреждения с высококвалифицированным персоналом, в развитие которых им вкладывать средства не приходится (они уже хорошо снабжены за государственный счет). В итоге преимущества добровольного медицинского страхования почти полностью достаются обеспеченным, привилегированным медицинским учреждениям.

Законы о добровольном медицинском страховании планируют пересмотреть с тем, чтобы улучшить управление им и способствовать его распространению. Необходимость его развития подчеркнута в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» за 1997 г., но дальнейших действий в этом направлении не предпринималось.

### **Внешние источники финансирования**

К внешним источникам финансирования здравоохранения относятся кредиты и безвозмездная помощь, предоставляемые международными организациями. Для России они не играют значительной роли. Международные организации никогда не играли важной роли в финансировании здравоохранения, а после распада СССР объем направляемых ими средств еще сократился. Сегодня основные направления международной помощи России — это передача знаний и новых технологий, которые в первую очередь важны для усовершенствования здравоохранения. Так, международные организации участвуют в подготовке медицинских кадров, разработке программ развития здравоохранения. Такого рода помощь не может быстро улучшить медицинское обслуживание. Отдаленные результаты поддержки, оказанной международными программами в областях реформирования здравоохранения, первичного медицинского обслуживания, здоровья матери и ребенка, усовершенствовании медицинского обслуживания (подготовке кадров, разработке правил медицинского обслуживания и так далее), должны проявиться позже.

### **Затраты на здравоохранение**

В России не все финансовые потоки можно зарегистрировать, и поэтому действительный объем поступающих в здравоохранение средств никому не известен. Кроме того, Россия не пользуется показателями, принятыми в странах—членах Организации экономического сотрудничества и развития, и поэтому сравнивать ее расходы на здравоохранение с расходами других стран сложно. Данные о затратах на ведомственное здравоохранение отсутствуют, сведения об объемах финансирования областного здравоохранения не всегда точны, приток частных средств в основном не регистрируется — вот главные препятствия определению действительных расходов на россий-

ское здравоохранение. Кроме того, очень слабо налажен учет выручки больниц и поликлиник от платных услуг. Сложно подсчитать даже средства, которые население совершенно официально тратит на здравоохранение (особенно на лекарственные средства).

Получить достоверные данные сложно еще и ввиду выраженной инфляции, которая после финансового кризиса 1998 г. резко возросла и только недавно начала стихать. Мешают и перемены в ведении государственного учета. Попытки индексировать полученные данные не вполне успешны, но тем не менее они позволяют сказать, что в реальном исчислении расходы на здравоохранение с момента распада СССР сократились, а в результате их не хватает для оплаты основных потребностей здравоохранения.

Ведомственная система здравоохранения, организованная множеством министерств и предприятий для обслуживания своих сотрудников, потребляет до 20% федерального бюджета здравоохранения, а объем внебюджетного ее финансирования неизвестен<sup>1</sup>.

Вследствие всех этих пробелов и неточностей данные об объеме финансирования здравоохранения в процентах от ВВП серьезно расходятся. В базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ этот показатель за 2000 г. составляет 2,9% ВВП (рис. 8 и 9)<sup>2</sup>. На рис. 8 видно, что Россия по финансированию здравоохранения постоянно отстает от других сравниваемых стран и объем финансирования здравоохранения в России составляет примерно треть среднего в странах Европейского союза и ниже среднего в странах бывшего СССР. К тому же до 1995 г. этот показатель менялся — от 2,2% ВВП до 3% ВВП. Сравнение со странами Европейского региона на рис. 9 тоже показывает отставание России по этому показателю.

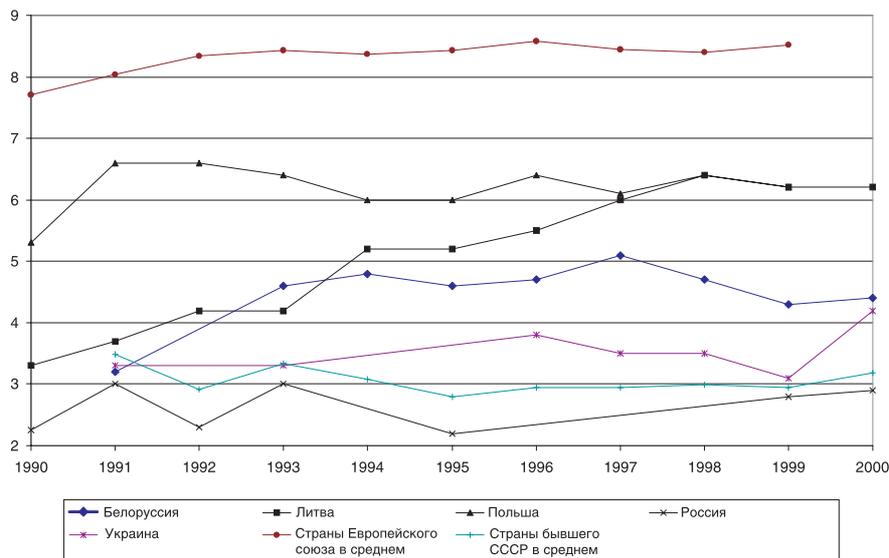
Предоставленные базой данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ сведения не в полной мере отражают объем финансирования российского здравоохранения. Они учитывают только государственное финансирование (за счет бюджетов и ОМС) и не учитывают затраты на ведомственное здравоохранение (тоже государственные средства) и расходы частных лиц — официальные (на добровольное медицинское страхование) и неофициальные.

По данным Госкомстата (табл. 6), общий объем финансирования здравоохранения в 1999 г. составил 4,6% ВВП. «Отчет о мировом здравоохранении» сообщает, что в 1997 г. расходы на здравоохранение государства и частных лиц составили еще больше — 5,4% ВВП. Эта цифра получена на основании данных о том, что в общих затратах на здравоохранение доля частных средств составила 23,2%, и, таким образом, объем государственного финансирования здравоохранения составил 4,15% ВВП, а частного — еще 1,25% ВВП. Принятая в данных расчетах доля участия частных средств в финансировании здравоохранения крайне мала, судя по данным опроса 3000 россий-

<sup>1</sup> Этот вопрос обсуждается в разделе «Дополнительные источники финансирования».

<sup>2</sup> В базе данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ имеется пробел — в ней нет данных за 1996—1999 гг. (рис. 8).

**Рисунок 8. Объем финансирования здравоохранения в % ВВП в России и ряде стран в 1990—2000 гг.**



Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».

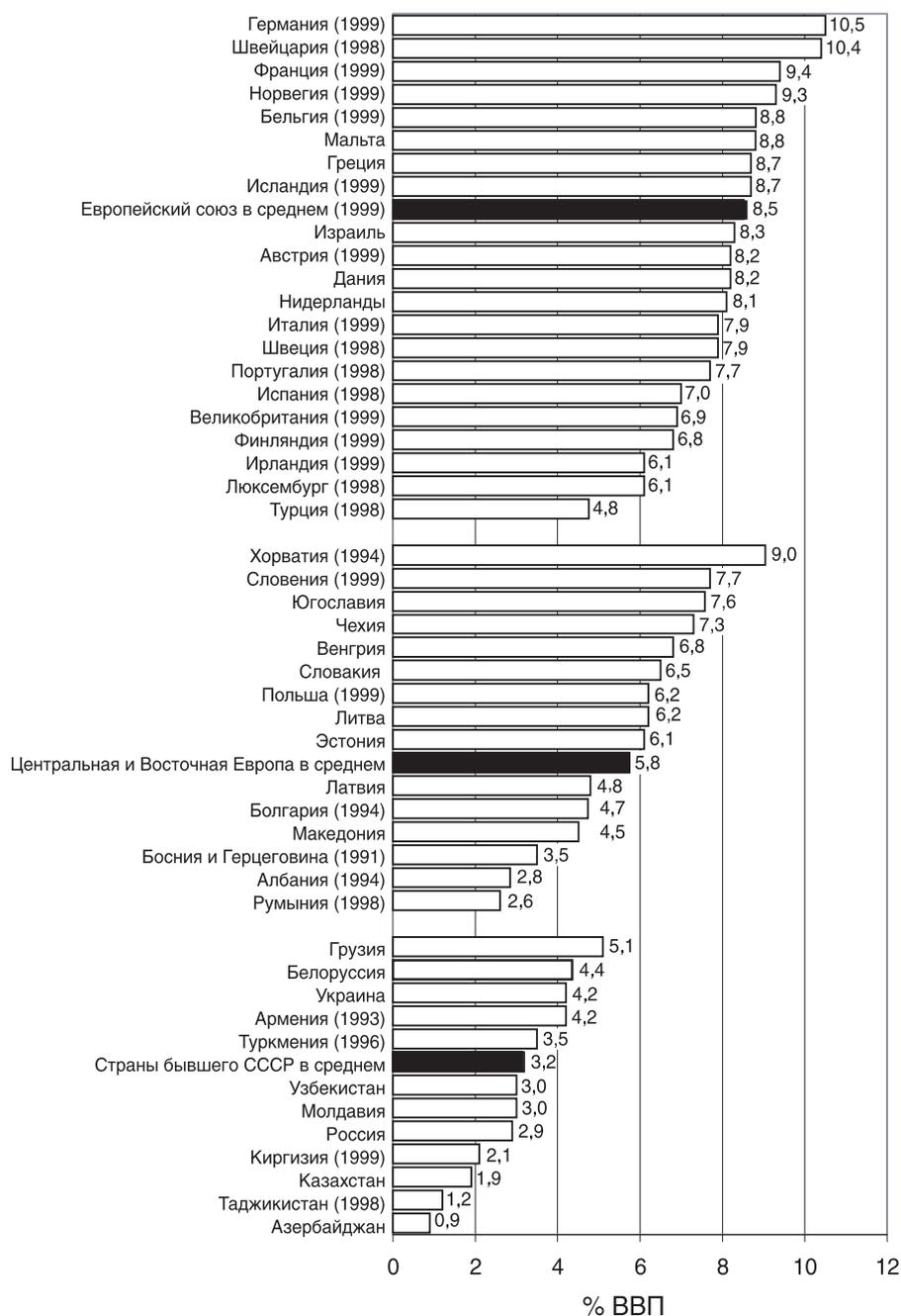
ских семей, проведенного в декабре 1997 г. (43). Опрос показал, что частные средства (официальные и неофициальные затраты на здравоохранение) составили около 47% общих расходов на здравоохранение (подробно этот вопрос обсуждается в разделе «Дополнительные источники финансирования»). Если опираться на эти данные, то объем финансирования здравоохранения составит 6,5—7% ВВП, то есть значительно больше, чем сообщает большинство источников.

Множество разных данных об объеме финансирования здравоохранения (% ВВП) демонстрируют, насколько сложно определить его точно и насколько разные данные принимались при его расчетах.

Из табл. 6, которая показывает, как затраты на здравоохранение менялись в 1994—1999 гг., видно, что в сопоставимых ценах они резко упали в 1995 г., к 1997 г. вновь вернулись к уровню 1994 г. и позже несколько снизились. Безусловно, и так сложную ситуацию в финансировании здравоохранения обострил финансовый кризис 1998 г., в результате которого прежде всего серьезно пострадали бюджетные отчисления на здравоохранение, о чем будет рассказано ниже.

Хотя точные цифры получить крайне трудно, совершенно очевидно, что после распада СССР государственное финансирование здравоохранения в реальном выражении сократилось. Из табл. 7, которая отражает динамику общих государственных затрат на здравоохранение с 1991 г. в реальном выражении (с учетом инфляции), показывая доли участия в них бюджета и

**Рисунок 9. Расходы на здравоохранение в странах Европейского региона в 2000 г., % ВВП**



Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».  
Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

**Таблица 6. Затраты на здравоохранение в России в 1994—1999 гг.**

Общие затраты на здравоохранение	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
В текущих ценах (тыс. млрд. руб., с 1998 г. млрд. руб.)	26,9	61,2	88,5	126,6	124,7	207,8
В постоянных ценах (тыс. млрд. руб.)	26,9	21,9	22,6	26,9	24,1	25,1
В постоянных ценах (млрд. долларов США)	29,2	23,8	24,5	29,2	26,2	27,2
Затраты на здравоохранение на душу населения в текущих ценах (доллары США)	197,4	161,1	166,3	198,8	178,8	186,4
Общие затраты на здравоохранение, % ВВП	4,4	4,0	4,1	5,1	4,6	4,6
Доля частных средств в общих затратах на здравоохранение, %	88,9	81,7	79,2	75,3	67,7	65,5

Госкомстат Российской Федерации; «Экономика здравоохранения», № 7, 2002.

средств ОМС, видно, что бюджетное финансирование никогда больше не достигало уровня 1991 г. Общие государственные затраты, которые в реальном выражении в 1993 г. возросли, отчасти благодаря введению ОМС, позже быстро сокращались и в 1999 г. составили лишь две трети от уровня 1991 г. Столь неблагоприятные изменения в основном связаны с сокращением бюджетного финансирования здравоохранения: в 1999 г. оно составило лишь около половины от уровня 1991 г.

Следовательно, не столь значительное сокращение общих затрат (государственных и частных) на здравоохранение в реальном исчислении, показанное в табл. 6, обусловлено выраженным ростом затрат частных лиц, который компенсировал резкое сокращение участия государственных средств.

Любопытно, что после финансового кризиса 1998 г., когда затраты на здравоохранение из бюджета резко сократились, объем средств ОМС остался неизменным. Это свидетельствует в пользу защищенности страховых средств от экономических перемен и большей их надежности по сравнению с бюджетными.

Несмотря на значительное сокращение затрат на здравоохранение в реальном выражении, затраты на душу населения (в долларах США), вероятно, выше, чем сообщает официальная статистика (табл. 6), поскольку она недооценивает объем расходов частных лиц. База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ сообщает, что затраты на здравоохранение на душу населения в 1999 г. в России были очень низкими (209 долларов США), но, как отмечалось выше, эти сведения учитывают

**Таблица 7. Динамика государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении (уровень финансирования 1991 г. принят за 100%)**

Источник	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Общее финансирование здравоохранения	100	80	108	98	72	71	81	67	67	71
Бюджетные средства	100	80	91	81	59	57	65	51	51	55
Средства ОМС	—	—	17	17	13	14	16	16	16	16

Шишкин С. Реформа российского здравоохранения. Москва, ТЕИС, 2000 ([www.iet.ru](http://www.iet.ru)).  
 Расчеты произведены с учетом индекса инфляции, сообщаемого Госкомстатом Российской Федерации в конце каждого года (1992 г. — 17,2; 1993 г. — 10,2; 1994 г. — 4,1; 1995 г. — 2,8; 1996 г. — 1,4; 1997 г. — 1,2; 1998 г. — 1,1; 1999 г. — 1,6; 2000 г. — 1,4).

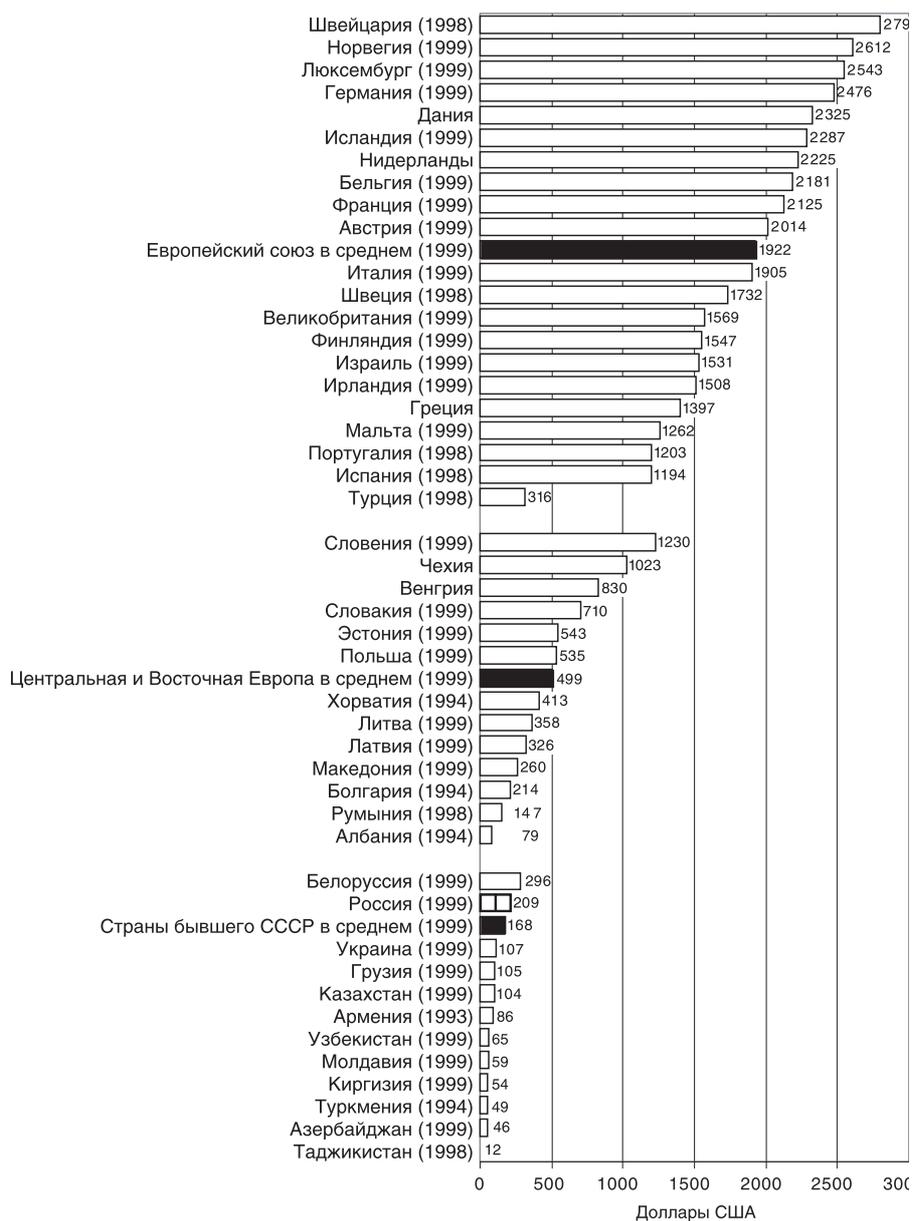
только средства из государственных источников (за исключением расходов на ведомственное здравоохранение). Более правдоподобные данные представляет «Отчет о мировом здравоохранении» за 1997 г. — 251 доллар США на душу населения. Однако и в нем, скорее всего, расходы частных лиц занижены, а расходы на ведомственное здравоохранение не учтены. Как бы то ни было, даже при самых смелых расчетах на затраты частных лиц, расходы на здравоохранение на душу населения в России гораздо меньше, чем принято в европейских странах, и это наглядно демонстрирует рис. 10.

Структура затрат государства на здравоохранение представлена в табл. 8. На протяжении 1990-х гг. бюджеты (федеральный и региональные) постоянно сокращали свои расходы на здравоохранение. Взносы из региональных бюджетов на ОМС неработающих граждан с 1995 г. остаются примерно на одном уровне. Оскудение бюджетных средств компенсировали взносы работодателей на ОМС. Взносы же региональных бюджетов на ОМС неработающих граждан немного подросли лишь в 2001 г.

В заключение следует отметить, что введение ОМС не привело к ожидаемому увеличению расходов на здравоохранение. Как видно из табл. 8, расходы работодателей на ОМС в 2000 г. составили ровно четверть всех расходов государства на здравоохранение. Изначально же рассчитывали, что ОМС обеспечит финансирование здравоохранения примерно на две трети.

Отчасти покупательную способность расходов на здравоохранение поддерживают относительно низкие заработные платы медицинских работников (еще в СССР заработная плата врача составляла 80—90% таковой рабочего на предприятии). Однако с приватизацией фармацевтических, энерге-

**Рисунок 10. Расходы на здравоохранение в странах Европейского региона на душу населения в 2000 г., доллары США**



Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

тических и пищевых предприятий затраты на приобретение их продукции резко возросли. В современной России цены на товары сравнимы с ценами в странах, которые тратят на душу населения гораздо больший % ВВП, и в этих условиях скудость затрат на здравоохранение становится еще более острой.

Безусловно, в России, где огромное количество затрат не зафиксировано, сделать окончательные выводы о расходах на здравоохранение почти невозможно, равно как и невозможно проследить их динамику. Однако вполне очевидно, что российскому здравоохранению, особенно в наиболее бедных районах, найти средства, чтобы выжить, крайне сложно. Оскудение официальных источников финансирования компенсируется распространением теневых платежей за медицинские услуги, что чрезвычайно пагубно отражается на равенстве населения. Москва, Санкт-Петербург и ряд других крупных городов справляются с новыми условиями существования лучше, в то время как сельские районы испытывают огромные трудности. Хотя и в советское время не все города и села были равны, затраты на здравоохранение на душу населения в них отличались не столь разительно, благодаря централизованному перераспределению средств. Сегодня же неравенство становится все более выраженным.

Табл. 9 показывает, насколько неравны субъекты Российской Федерации по уровню затрат на здравоохранение на душу населения.

В 55 субъектах Российской Федерации затраты на здравоохранение на душу населения ниже среднего показателя по стране, в 33 — выше. Минималь-

**Таблица 8. Структура расходов государства на здравоохранение, %**

Источник	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Федеральный бюджет	11	9	10	8	6	10	7	7	8	9
Региональные бюджеты	89	76	73	74	74	71	69	68	66	66
Взносы на ОМС неработающих граждан из региональных бюджетов	—	0	5	8	8	7	8	8	9	10
Взносы на ОМС работодателей	—	15	17	18	20	19	24	24	25	25
<b>ИТОГО</b>	<b>100</b>									

**Таблица 9. Различия в затратах на здравоохранение на душу населения в субъектах Российской Федерации, 1996 г.**

	Отклонение от среднего показателя	
	Больше	Меньше
55 субъектов Российской Федерации		на 1,7—82,3%
33 субъекта Российской Федерации	на 0,5—148,4%	

Tacis, Review of Russian Health Care Finance System (38).

ное значение этого показателя в пять с лишним раз меньше среднего, а максимальное — в 2,5 раза больше.

Со временем неравенство лишь растет. В 1992 г. минимальный уровень затрат субъекта Российской Федерации на здравоохранение на душу населения отличался от максимального в 4,3 раза, а в 1998 г. — уже в 7,6 раза (38).

### Структура расходов на здравоохранение

Советское здравоохранение всегда основную роль отводило специализированному медицинскому обслуживанию в ущерб первичной медицинской помощи и профилактике заболеваний. Подобное положение сохранилось с давних времен, когда в расширении коечного фонда видели самый лучший метод борьбы с инфекционными болезнями. Позже переизбыток больничных коек поддерживал метод финансирования больниц, при котором больница получала средства по числу своих коек. При таком подходе больнице было выгодно заполнять и содержать как можно больше коек.

Первая реформа российского здравоохранения стремилась повысить качество медицинского обслуживания, предоставить больным возможность выбора и, что особенно важно, наладить соотношение между специализированной и первичной медицинской помощью. Руководители здравоохранения считали, что страховые компании, получив средства на финансирование медицинских учреждений, будут искать им наиболее выгодное применение, а именно переведут основной поток средств в первичную медицинскую помощь и профилактику. Однако страховые компании предпочли избрать старые методы финансирования медицинских учреждений и закрепили неравенство между специализированным и первичным медицинским обслуживанием. В итоге, несмотря на стремление руководителей и реформаторов здравоохранения поставить в более выгодное положение первичную и профилактическую помощь, специализированное обслуживание сохранило свои позиции и в основном неизменную долю в затратах на здравоохранение (табл. 10).

Попытки отдать предпочтение амбулаторному обслуживанию натолкнулись на сопротивление больных. Россияне привыкли полагать, что участковыми терапевтами (врачами первичного звена медицинской помощи) становятся самые слабые и неопытные врачи, а специалисты в поликлини-

**Таблица 10. Структура затрат на здравоохранение в 1998 г.**

Вид медицинской помощи*	% общих затрат на здравоохранение в 1998 г.
1. Стационарная помощь	49
2. Амбулаторная помощь	16
3. Профилактика заболеваний (общественное здравоохранение)	8
4. Лекарственное обеспечение (частные средства)	22
5. Капитальные вложения	5
<b>ВСЕГО</b>	<b>100</b>
Государственные расходы, всего	66

\* Пункты 1 и 2 включают государственные и частные расходы; пункты 3 и 5 — только государственные; пункт 4 — только частные.

Счета здравоохранения России, 1994—1999 гг., Москва, 2000 г.

ках лишь немногим лучше их<sup>1</sup>. Самыми же лучшими считаются врачи больниц, и потому люди по-прежнему стремятся лечиться в больницах, а не амбулаторно.

Советская система здравоохранения способствовала стремлению больных лечиться в стационарах еще и тем, что предоставляла госпитализированным больным, в отличие от амбулаторных, бесплатное лекарственное обеспечение. Лечиться в больнице было выгоднее, тем более что госпитализация к тому же позволяла меньше платить за квартиру.

В современной России прежние подходы сохранились, а бесплатное лекарственное обеспечение повысило привлекательность госпитализации, поскольку с распространением частных аптек цены на медикаментозные средства постоянно растут. Госпитализации, становясь все более выгодными для больных, здравоохранению обходятся все дороже. Рост цен на лекарственные средства занимает отдельное место в расходах на здравоохранение, из года в год расходы на них растут. По-видимому, ситуацию усугубил выход на российский рынок западноевропейских компаний.

Точно установить структуру распределения средств в здравоохранении настолько же трудно, как и определить объем его финансирования в % ВВП. Тем не менее четко прослеживается ряд тенденций (табл. 11). Доля капитальных вложений и затрат на усовершенствование медицинских учреждений резко сократилась. Она была наибольшей в 1970-х гг., отмеченных бурным строительством и распространением медицинских учреждений. Сегодня же строительство почти сошло на нет, а расходы на оборудование заметно сокращены. Эти изменения — бомба замедленного действия, ведь отсутствие постоянной поддержки материально-технической базы рано или

<sup>1</sup> Именно это помешало успеху эксперимента в Кемеровской области, где именно врачам поликлиник было поручено распределять средства. Отсутствие уважения к ним со стороны больных и коллег не позволило им эффективно распоряжаться бюджетом.

**Таблица 11. Структура бюджета здравоохранения субъектов Российской Федерации, 1994—1999 гг., %**

Статья	1994 г.	1996 г.	1998 г.	1999 г.
Заработная плата, налоги	35,4	27,4	32,0	33,9
Питание	5,2	5,6	5,3	5,4
Лекарственное обеспечение, расходные материалы	10,8	11,7	13,3	13,7
Капитальные вложения	18,7	7,4	9,0	10,5
Прочие статьи	29,9	47,9	40,4	36,5
<b>ВСЕГО</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tacis, Review of Russian Health Care Finance System; Министерство финансов Российской Федерации.

поздно приведет к невозможности оказывать медицинскую помощь даже в самом ограниченном объеме. Основную часть расходов на здравоохранение составляют расходы на лекарственные средства, прежде всего это связано с ростом цен и массовым импортом.

## Медицинское обслуживание

Россия унаследовала систему медицинского обслуживания, созданную Н. Семашко и всей историей СССР. На управление и развитие советского здравоохранения чрезвычайно влияли вполне оправданный страх перед инфекционными болезнями, вера в исключительное положение рабочего класса и стремление обеспечить благополучие следующих поколений граждан и трудящихся, которое проявлялось заботой о повышении рождаемости и здоровье матери и ребенка.

Страх перед инфекционными болезнями был порожден эпидемиями, которые прокатились по СССР после гражданской и Великой Отечественной войн. Достаточное для разделения инфекционных и неинфекционных больных число больничных коек в итоге привело к неблагоприятным последствиям. Коечный фонд оказался избыточным, надолго изменив структуру расходов на медицинское обслуживание. На этом фоне неинфекционным болезням уделяли слишком мало внимания. Введенные в брежневское время ежегодные диспансеризации лишь усугубили ситуацию. Инфекционная настороженность имела и положительный эффект, во многом именно она послужила толчком для развития санитарно-эпидемиологической службы, которая весьма успешно справлялась со вспышками заболеваний и сделала много полезного для общественного здравоохранения. Но по тем же причинам неинфекционные болезни остались без должного внимания, и к наблюдаемым с 1970-х гг. демографическим и эпидемиологическим изменениям заболеваемости советское здравоохранение оказалось не подготовлено.

Служение рабочему классу принесло советскому здравоохранению много хорошего. В частности, были разработаны стандарты здорового и безопасного труда, рано ввели меры контроля за состоянием окружающей среды, была создана сеть клиник первичной медицинской помощи на производстве. В то же время именно привилегированность рабочего класса привела к обеспечению его нужд в ущерб насущным потребностям здравоохранения. Санаторно-курортное обслуживание стало обязательной частью медицинской помощи. Само по себе это не плохо, но оно требует больших затрат и вовсе не обладает первостепенной важностью, и именно по этим причинам исключено из многих западных систем медицинского обслуживания. Рос-

сия же не решилась вывести санаторно-курортное обслуживание из системы медицинского обслуживания, а потому вынуждена, как и прежде, тратить на него массу средств.

Мы перечислили основные черты здравоохранения, унаследованного Россией от СССР. Отдавая должное величайшим достижениям советского здравоохранения, нельзя не отметить, что оно легло тяжким грузом на новую Россию, обременив ее часто лишними расходами и избыточными мощностями. Кроме того, российское здравоохранение, пребывая в крайне стесненных обстоятельствах, сталкивается с высочайшими запросами населения.

## Структура советского медицинского обслуживания

В СССР медицинское обслуживание осуществляли медицинские учреждения разного уровня и административного подчинения. Самой нижней ступенью системы медицинского обслуживания являлся участок, который в сельских районах обслуживал от 7000 до 30 000 человек. Первичную медицинскую помощь оказывал медицинский пункт, в котором часто работали только медицинские сестры и фельдшеры. При необходимости более квалифицированной помощи больных направляли в сельскую клинику (больницу или амбулаторию), где помимо среднего медицинского персонала работали терапевт и педиатр. Подобные клиники оказывали первичную и простейшую специализированную помощь и часто имели небольшое стационарное отделение на 20—25 коек. В более сложных случаях больных направляли в районные больницы или поликлиники. В них амбулаторно (в поликлиниках) или стационарно (в больницах) оказывали специализированную медицинскую помощь. С этого уровня больных направляли в областные поликлиники и больницы, а из них — в республиканские или высокоспециализированные всесоюзные медицинские центры<sup>1</sup>.

Медицинское обслуживание городского населения было организовано по той же схеме, только первичную медицинскую помощь оказывали участковые терапевты. Они, как и сельские медицинские пункты, помогали в самых простых случаях и направляли больных на следующий уровень медицинского обслуживания — в районные и областные поликлиники и больницы, откуда при необходимости больных переводили в высокоспециализированные медицинские учреждения. Амбулаторная специализированная помощь в городах была устроена несколько сложнее. В поликлиниках помимо участковых терапевтов амбулаторную помощь оказывали и основные специалисты. Более того, участковые терапевты обычно работали в одном здании со специалистами, и районная поликлиника предоставляла полное

---

<sup>1</sup> В очевидно сложных случаях больных направляли сразу в областное или высокоспециализированное медицинское учреждение, минуя промежуточные уровни медицинского обслуживания.

амбулаторное специализированное обслуживание. Соседство первичной и специализированной помощи привело к тому, что больные часто самовольно напрямую обращались к специалистам. В крупных же городах больные без труда обращались в областные поликлиники, к тому же в них имелись отдельные детские поликлиники и женские консультации. В таких условиях участковый терапевт не мог в полной мере выполнять свои диспетчерские функции по направлению потоков больных, и границы между первичным и специализированным медицинским обслуживанием стерлись<sup>1</sup>.

Связь поликлиник и больниц, первичного и специализированного медицинского обслуживания была налажена плохо. Несмотря на то что структура медицинского обслуживания благоприятствовала таким связям, на практике они отсутствовали. Амбулаторная помощь в поликлиниках и лечение в больницах существовали в отрыве друг от друга. Это означало, что лечение больного, которого направляли из поликлиники в больницу, а потом выписывали под наблюдение врача по месту жительства, часто было непоследовательным. Врачи разных учреждений, руководствуясь разными критериями и не поддерживая связь друг с другом, нередко направляли больных не по адресу, а из-за несогласованности деятельности больницы и поликлиники часто дублировали действия друг друга. Наконец, наблюдением и текущей помощью вместо врачей первичного звена занимались специалисты.

Медицинское обслуживание предоставлялось не только по месту жительства, но и по месту работы. Крупные предприятия содержали собственные медсанчасти (учреждения первичной медицинской помощи по месту работы), а более мелкие иногда на совместные средства открывали общую поликлинику. Стационарные отделения при таких учреждениях создавали редко, разве что в крупных колхозах, а вот специализированную помощь оказывали во многих (56). Рабочие таких предприятий могли обращаться за медицинской помощью и по месту жительства, и по месту работы, но и в этом случае врачи разных учреждений почти не взаимодействовали и часто повторяли назначение друг друга.

Наконец, задачи общественного здравоохранения выполняли санитарно-эпидемиологические станции, которые отвечали непосредственно перед Министерством здравоохранения (см. раздел «Общественное здравоохранение»). Они играли важную роль в сборе эпидемиологических данных, борьбе со вспышками инфекционных болезней и контроле за санитарным и экологическим состоянием среды. Кроме того, они участвовали в руководстве и осуществлении программ иммунизации населения и отвечали за их выполнение в медицинских учреждениях, школах и детских садах.

Избыток медицинских учреждений и слабое их взаимодействие сохранились и в системе медицинского обслуживания независимой России. Многие медицинские учреждения остались почти такими же, как при советской власти, а участковые терапевты и специалисты по-прежнему работают бок о бок. Усовершенствовать систему медицинского обслуживания и заново раз-

---

<sup>1</sup> Часть взяток участковым терапевтам больные давали, чтобы получить направление к специалисту или на госпитализацию, минуя первичный уровень медицинского обслуживания.

граничить первичную и специализированную помощь предстоит реформе финансирования здравоохранения.

## Первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение

Основной единицей первичного медицинского обслуживания является участок (микрорайон). Сегодня в России, как и в СССР, сельское население обслуживают медицинские пункты, в которых работают фельдшеры и акушерки, а городское — участковые терапевты местных поликлиник. Сохранились и прежние уровни медицинского обслуживания, и в более сложных случаях больных направляют соответственно в районные, областные, республиканские медицинские учреждения.

### Первичное медицинское обслуживание

**Сельский медицинский пункт или фельдшерско-акушерский пункт** обслуживает около 4000 человек и проводит иммунизацию, медицинские осмотры и простейшие исследования, а также ведение беременности и наблюдение за новорожденными. Кроме того, персонал этих медицинских учреждений оказывает помощь при легких травмах и посещает больных на дому, но назначать лекарственные средства не имеет права. Фельдшеры и акушерки помимо обычного среднего медицинского образования получают дополнительную двухгодичную подготовку. Нанимает их местный орган власти, за их работой следит ближайшая сельская клиника или поликлиника.

**Сельская клиника** обслуживает несколько участков — 7000 человек и больше. Персонал: терапевт, педиатр, медицинские сестры и акушерки, иногда акушер-гинеколог. Сельская клиника осуществляет всестороннее первичное медицинское обслуживание: проводит иммунизацию и массовые обследования, занимается лечением легких случаев и наблюдением хронических больных; ее врачи назначают лекарственные средства, выдают больничные листы и оказывают круглосуточную помощь. Обычно в сельской клинике имеется небольшой стационар, где принимают роды и проводят простейшие хирургические операции. Однако многие койки в таких стационарах отведены под медико-социальное обслуживание и заняты не остро заболевшими, а немощными и пожилыми людьми. Владельцем сельской клиники и нанимателем ее персонала является местный комитет здравоохранения. Выбор медицинского учреждения и врача у сельских жителей ограничен — клиники расположены далеко друг от друга, врачей в них мало.

**Городская поликлиника** обслуживает определенный район, разделенный на несколько участков, — в среднем 4000 человек. Руководят поликлиниками городские больницы, в подчинении каждой больницы находится несколько поликлиник. Штат поликлиники состоит из нескольких участковых терапевтов и вспомогательного медицинского персонала, которые обеспечивают первичное медицинское обслуживание приписанного населения,

в том числе массовые обследования, общее лечение острых и хронических заболеваний, наблюдение за хроническими больными. Участковый терапевт отвечает примерно за 1700 человек. В небольших городах детские поликлиники объединены со взрослыми. Участковый педиатр обслуживает в среднем 800 детей. Больные распределяются по участкам в соответствии с местом жительства. Сегодня, как и раньше, больной в принципе имеет право перейти к другому участковому врачу, но для этого необходимо разрешение заведующего поликлиникой, и люди редко пользуются этим правом. Назначенному участковому терапевту больные не склонны доверять, и в основном стараются, минуя его, попасть на прием к специалисту. Такому порядку способствует и то, что в советской системе медицинского образования специальности участкового врача не учили и общая практика считалась самой непрестижной.

Помимо участковых терапевтов в поликлинике обычно работает три-четыре специалиста. Как правило, это акушер-гинеколог, кардиолог, ревматолог и онколог. Специалисты поликлиник занимаются только амбулаторным специализированным обслуживанием. Однако грань между первичной и специализированной помощью в поликлиниках стерта, поскольку больные идут к специалистам самотеком.

**Другие учреждения первичного уровня.** В городах помимо перечисленных учреждений первичного медицинского обслуживания имеются медицинские пункты, которые работают аналогично сельским, а также амбулатории и при городских больницах — травматологические пункты и станции скорой медицинской помощи. Из-за плохого взаимодействия разных уровней медицинской помощи отчасти первичным медицинским обслуживанием занимаются и в больницах, и в специализированных медицинских учреждениях. Санитарное просвещение и профилактику осуществляют санитарно-эпидемиологические службы. Примерно три четверти не прикрепленных к больницам поликлиник, других учреждений первичного медицинского обслуживания и амбулаторных отделений районных больниц принадлежат районным властям, которые и руководят их деятельностью.

**Специализированные поликлиники.** В городах и крупных селах существуют отдельные детские поликлиники, в которых работают участковые педиатры и специалисты. Детские поликлиники осуществляют амбулаторное медицинское обслуживание детей и подростков до 18 лет по тем же принципам, что и взрослые. Некоторые достаточно крупные районы могут позволить себе содержать также специализированные поликлиники для женщин — женские консультации, ориентированные прежде всего на гинекологическую помощь и ведение беременных.

**Поликлиники на предприятиях.** До сих пор на некоторых предприятиях сохранились медсанчасти, которые предоставляют сотрудникам предприятия стандартный набор первичных медицинских услуг, но еще и уделяют особое внимание профессиональным болезням. Некоторые поликлиники при предприятиях оказывают и специализированную медицинскую помощь, и очень немногие имеют стационарное отделение. Эти поликлиники сохранились с советских времен, когда рабочие предприятий занимали привилегирован-

ное положение. Раньше они существовали за счет местных комитетов здравоохранения и самих предприятий. Однако сегодня отношение к ним работодателей изменилось: теперь они ежемесячно обязаны выделять часть фонда оплаты труда на взносы в ОМС, а содержать еще и собственные медицинские учреждения хотят немногие. В итоге поликлиники сохранились лишь на успешных предприятиях, а мелкие заводы и фабрики все чаще от них отказываются.

### **Кадры первичного медицинского обслуживания**

Большинство врачей, которые сегодня занимаются первичным медицинским обслуживанием, получили дипломы до распада СССР и плохо понимают, что такое первичное медицинское обслуживание, основанное на общей практике. Не очень почитаемых участковых терапевтов (специалистов первой категории в области внутренних болезней) становится все меньше, поскольку считается, что в итоге всех их заменят врачи общей практики. Введение в 1992 г. двухгодичного курса последиplomного образования по специальности «врач общей практики» означает, что на смену старому поколению врачей первичного звена приходят лучше подготовленные полноправные специалисты. В связи с этим стандарты первичной медицинской помощи и доверие к ней населения должны возрасти. Медицинские сестры не играли заметной роли в первичном медицинском обслуживании и сегодня остаются не более чем помощницами врача. Разработаны планы по расширению их полномочий в управлении медицинским обслуживанием и в лечении больных.

За последние пять лет подготовлено 1500—2000 врачей общей практики: одни получили специальное образование в институте, другие прошли последиplomную подготовку. Однако из них работают врачами общей практики менее 1100 человек. Данные о числе действующих врачей общей практики серьезно расходятся. Вероятно, это связано с тем, что иногда к их числу относят только семейных врачей, не учитывая врачей общей практики из поликлиник. Причины малой популярности новой специальности кроются в ограниченных возможностях дополнительного приработка на этой должности, а заработная плата врача общей практики крайне мала. Кроме того, врачи общей практики сталкиваются с враждебностью врачей других специальностей, многие из которых еще не поняли, что общая практика — это отдельная полноправная специальность. Поскольку курс переподготовки по специальности «общая практика» составляет всего полгода<sup>1</sup>, многие не воспринимают ее всерьез. К тому же другие специалисты боятся, что врачи общей практики займут их место. Примерно такое же смутное отношение к врачам общей практики бытует и среди больных.

Отчасти на точку зрения простых людей повлияла путаница в понятиях

---

<sup>1</sup> Последиplomная специализация по общей практике занимает два года, но для переквалификации во врача общей практики любому специалисту требуется лишь полгода. Кроме того, врач общей практики обязан раз в пять лет проходить месячный курс повышения квалификации.

«общая практика» и «семейная практика». В международной терминологии эти понятия являются синонимами. В России же врач общей практики, в отличие от семейного врача, не является специалистом в педиатрии и гинекологии. В итоге в сознании больных врач общей практики приравнялся к не особенно почитаемому участковому терапевту. Подготовка по общей практике в нынешней России скорее отвечает требованиям более узкого понимания специальности, хотя Министерство здравоохранения приравнивает ее к семейной (то есть включает в общую практику и педиатрию, и гинекологию).

В поддержку развития первичного медицинского обслуживания, основанного на общей практике, Министерство здравоохранения в 1999 г. утвердило отраслевую программу «Общая (семейная) практика». В ней определены требования к подготовке, права и обязанности врачей общей практики, указаны правовые, организационные и финансовые основы существования общей практики.

В рамках развития первичного медицинского обслуживания терапевтов поликлиник планируется заменить врачами общей практики, а гинекологов и педиатров специализированных поликлиник оставить на своих местах. Цель таких перемен — как можно более полно использовать существующие учреждения первичного медицинского обслуживания, а новые открывать только в виде исключения.

И закон «Об охране здоровья граждан РФ»<sup>1</sup>, и закон о медицинском страховании 1993 г. заявляли о праве больных на свободный выбор врача. На деле же это право осуществить только предстоит. Невозможность выбрать врача общей практики является важной причиной распространенной среди больных привычки напрямую обращаться в больницы и к специалистам.

В советском здравоохранении первичное медицинское обслуживание не выполняло предназначенную ему диспетчерскую функцию. Сегодня кое-где оно справляется с ней — в Самарской, Кемеровской, Тульской, Тверской областях, Чувашской республике и Санкт-Петербурге. В частности, врачи Санкт-Петербурга, научившись распределять потоки больных, смогли потребовать у страховых компаний заплатить им часть сэкономленных благодаря этому средств. В Самарской области участковые врачи прошли переподготовку по общей практике, но пока их квалификация не достаточно высока. Некоторым врачам общей практики поручили распоряжаться средствами на медицинское обслуживание приписанных к ним больных, поощрив их задерживать больных на уровне первичного медицинского обслуживания.

В СССР соседние районы сообщами создавали межрайонные специализированные медицинские учреждения для своих жителей. Существовала и налаженная схема финансирования таких учреждений. Таким образом, в каждом из соседних районов открывали по межрайонному медицинскому учреждению определенной специализации, а вместе они обеспечивали населе-

---

<sup>1</sup> Новая редакция закона (№ 5487-1) вышла в июле 1993 г.

ние всесторонней специализированной помощью. С введением новых методов финансирования прежняя схема распалась. Сегодня каждый субъект Российской Федерации стремится создать свою независимую систему всестороннего медицинского обслуживания, и это приводит к появлению одинаковых медицинских учреждений и лишним расходам.

Современная российская система первичного медицинского обслуживания в целом напоминает свою советскую предшественницу, незначительные отличия от которой обусловлены появлением новых методов финансирования и децентрализацией. Управление здравоохранением так и не перешло к фондам ОМС и их филиалам, частным страховым компаниям и врачам общей практики, распределяющим средства на лечение больных. Врачи общей практики, оставаясь государственными служащими, работать по-настоящему самостоятельно не могут, а преобразование поликлиник во врачебные объединения происходит только на уровне отдельных экспериментов. В свою очередь, система ОМС, которая введена пока только частично и не владеет методами преобразования интересов, не смогла изменить систему медицинского обслуживания в пользу первичной медицинской помощи и профилактики.

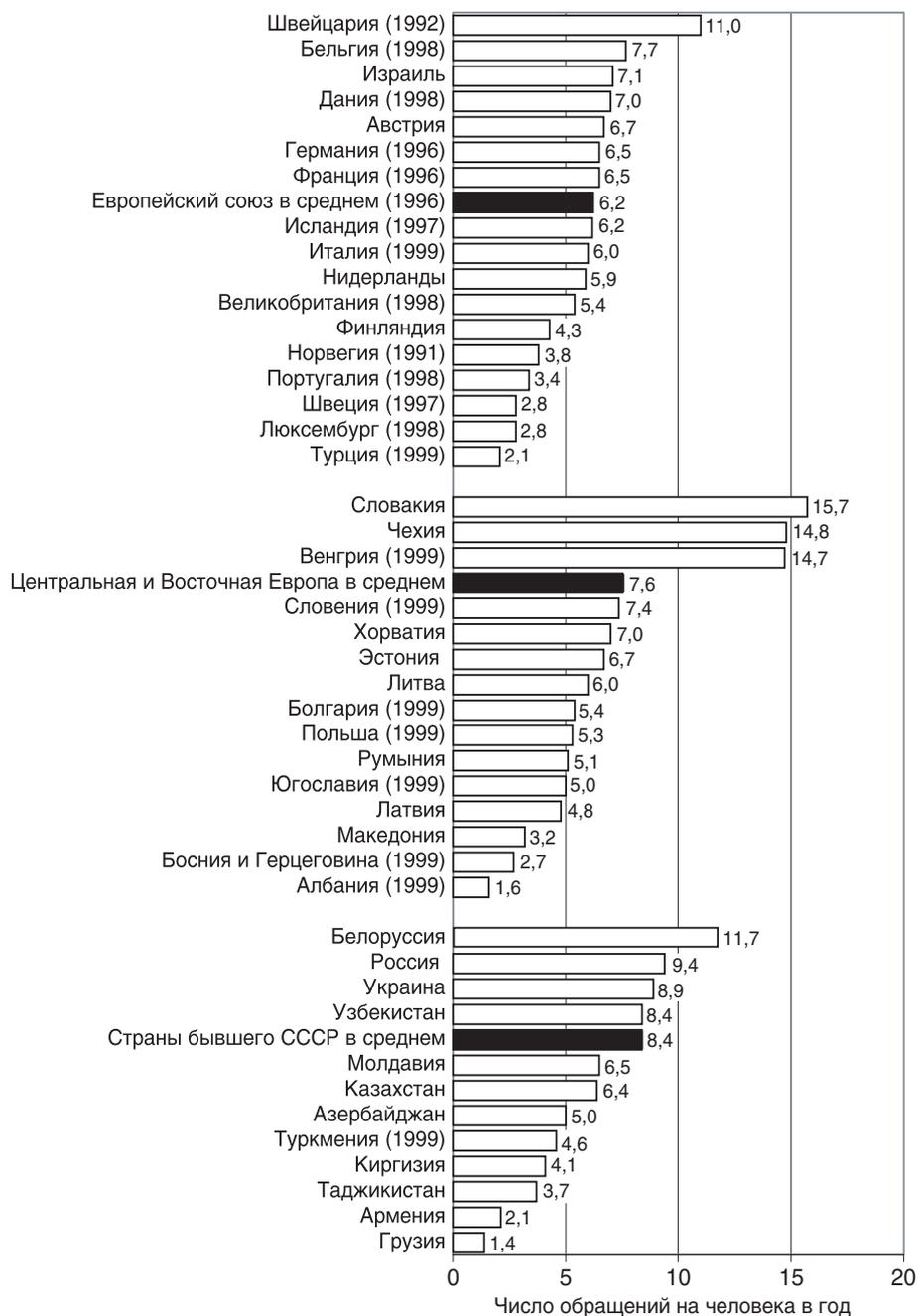
Предполагалось, что повысить роль первичной медицинской помощи в санитарном просвещении и профилактике заболеваний сможет реформа финансирования здравоохранения. В частности, считалось, что страховые компании материально заинтересуют врачей общей практики в расширении массовых обследований и проведении профилактических мероприятий (например, пропаганде здорового образа жизни). Пожалуй, это еще раз показывает, что реформаторы излишне уповали на рыночные методы финансирования и видели в них универсальное средство решения задач, требующих не только экономических подходов. Помимо технической стороны реформ крайне важен еще один момент — отношение к преобразованиям, пусть не всего общества, а хотя бы малой его части — медицинской общественности. По данным исследования 1997 г., только 6% врачей считали, что профилактике следует придавать большее значение, нежели лечению, и лишь 3% врачей поддержали общую практику в качестве нового подхода к первичной медицинской помощи<sup>1</sup>. В то же время с тех пор, похоже, настроения медицинской общественности изменились, и сегодня больше врачей приветствуют и профилактическую направленность медицинского обслуживания, и введение общей практики.

Число обращений за амбулаторной медицинской помощью на человека в год в России выше, чем в большинстве европейских стран (рис. 11). В 2000 г. в России оно составило 9,4, в странах бывшего СССР — в среднем 8,3 и в странах Европейского союза — в среднем 6,2. Из стран бывшего СССР опережает Россию по этому показателю только Белоруссия. В то же время с 1985 г. этот показатель в России сократился — тогда, по данным Министерства здравоохранения, он достиг 11,1.

---

<sup>1</sup> Автор исследования Филатов. Обсуждается в статье Е. Tkatchenko, M. McKee, A. D. Tsouros, Public health in Russia (58).

**Рисунок 11. Число обращений за амбулаторной помощью на человека в год в странах Европейского региона в 2000 г.**



Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

По оценкам, 30% обращений за амбулаторной помощью приводят больных на следующий уровень медицинской помощи (для сравнения: в европейской системе общей практики этот показатель составляет 8—10%). Это следствие не вполне успешных попыток повысить культуру первичного медицинского обслуживания и преодолеть предубеждение больных и многих врачей против врачей общей практики. Немаловажно и тесное соседство врачей общей практики со специалистами. Планы по созданию кабинетов семейной практики в поликлиниках не решают этой проблемы. Безусловно, свободный доступ к специалистам в поликлиниках серьезно мешает совершенствованию первичного медицинского обслуживания, и этот вопрос необходимо разрешить.

Врач первичного медицинского обслуживания работает непосредственно на свое медицинское учреждение, а косвенно — на местную власть. Медицинское учреждение может не заключить, а может и заключить договор ОМС. В последнем случае страховая компания оплачивает обслуживание застрахованного населения. В любом случае работу медицинского учреждения оплачивает местная власть. В районах, где ОМС не действует, финансирование первичного медицинского обслуживания осуществляется, как и при советской власти, — за счет налогов. В остальных случаях поликлиники получают средства от страховых компаний по договорам ОМС: за число законченных случаев амбулаторного обслуживания, проведенных профилактических мероприятий, назначений. Эти выплаты дополняют стандартное финансирование за счет налогов. Страховые средства идут на премии лучшим сотрудникам или улучшение состояния поликлиники, однако определяющей роли в существовании поликлиники они не играют. Частный сектор участвует в первичном медицинском обслуживании незначительно. Оплату частные поликлиники получают или по тарифам за консультацию, или по договорам добровольного медицинского страхования.

Хотя в целом российская система первичного медицинского обслуживания напоминает советскую, взгляды руководителей на нее изменились, и они официально признали ее важность в улучшении экономической эффективности и качества медицинского обслуживания. Некоторые субъекты Российской Федерации пробуют новые подходы к первичному медицинскому обслуживанию.

В Санкт-Петербурге на базе поликлиник развивают общую практику, стараются привить новое понимание общественного здоровья, проводят новые программы по обслуживанию пожилых. В Тульской области проходят эксперименты по введению разных схем первичного медицинского обслуживания в селах и городах. Здесь открывают самостоятельные учреждения частной практики, а в поликлиниках работают врачи общей практики. Есть данные, что в Тульской области работает 120 врачей общей практики, и каждый из них взял на себя значительную долю обращений к специалистам. Создано и медико-страховое объединение. В Дубне Тульской области налаживается непрерывность медицинского обслуживания, введены протоколы ведения больных, которые обеспечивают взаимосвязь первичного и специализированного медицинского обслуживания, осуществляют контроль за

качеством на основе данных доказательной медицины, активно проводят мероприятия по профилактике и санитарному просвещению.

Отмечается низкая удовлетворенность населения качеством медицинского обслуживания. Однако при ее исследованиях первичное и специализированное медицинское обслуживание часто не различают. Этот вопрос мы обсудим подробнее в разделе «Специализированное медицинское обслуживание».

### **Общественное здравоохранение**

В СССР ключевую роль в общественном здравоохранении играла санитарно-эпидемиологическая служба. Она представляла собой многоуровневую систему учреждений — санитарно-эпидемиологических станций: районные отвечали перед областными, областные — перед республиканскими, а республиканские — перед Министерством здравоохранения СССР. Преимуществом этой системы подотчетности являлось единство нормативов (по крайней мере, теоретическое), а недостатком — сложность взаимосвязи с местными властями. Основными обязанностями санитарно-эпидемиологической службы являлись: проведение программ иммунизации населения, борьба со вспышками инфекционных болезней; сбор эпидемиологических данных; нормирование и контроль за соблюдением требований к санитарно-гигиеническому и экологическому состоянию окружающей среды; борьба с последствиями стихийных бедствий и экологических катастроф.

До 1991 г. ведущая роль в оздоровлении населения, санитарном просвещении и профилактике заболеваний принадлежала Министерству здравоохранения. Затем министерство сохранило за собой лишь часть функций в области санитарного просвещения, а санитарно-эпидемиологическая служба взяла на себя обязанности по надзору за соблюдением федеральных, региональных и местных распоряжений по укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний.

В СССР профилактикой заболеваний и укреплением здоровья еще отчасти занимались медицинские и оздоровительные учреждения промышленных предприятий. Эти учреждения, доступные только для рабочих соответствующего предприятия, занимались разносторонним медицинским обслуживанием по месту работы, охраной здоровья трудящихся, предоставляли возможность восстановительного и санаторно-курортного лечения.

Сегодня к задачам санитарно-эпидемиологической службы относятся:

- профилактика и борьба с инфекционными болезнями;
- иммунизация;
- гигиена детей и подростков, здоровье и питание детей в детских садах и школах;
- безопасность продуктов питания;
- радиационная безопасность;
- профилактика профессиональных болезней;
- экологическое благополучие;
- эпидемиологический контроль и анализ;

- наблюдение за условиями труда;
- санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни.

Санитарных врачей и гигиенистов готовили на санитарно-гигиенических факультетах медицинских институтов. Конкурс на такой факультет всегда был ниже, чем на лечебный, и учились на нем не самые сильные студенты. Сегодня врачи санитарно-гигиенической службы получают специальность на курсах последипломного образования. В год выпускается 2000 таких специалистов. В санитарно-эпидемиологической службе работает 26 000 врачей, 63 000 человек среднего медицинского персонала и всего в системе занято 130 000 человек (59).

До 1960-х гг. санитарно-эпидемиологическая служба играла важнейшую роль. Среди населения она проводила основные мероприятия, в частности, занималась иммунизацией и борьбой с переносчиками инфекции. Приспосабливаться же к новым обстоятельствам она не могла. Лаборатории в основном устарели и не могли справляться с важнейшими задачами, которые возникли ввиду усложнения инфекционных заболеваний — распространения устойчивости возбудителей к антибиотикам, появления возбудителей, выявление которых требовало более сложной техники, и так далее. Устарели и методы изучения вспышек инфекционных заболеваний: вместо эпидемиологических исследований («случай-контроль» и так далее) и современных методов эпидемиологического надзора использовали простые лабораторные исследования. Из-за пристрастия к лабораторным исследованиям санитарно-эпидемиологическая служба не обеспечила себя достаточным числом специалистов, обладающих современными навыками охраны общественного здоровья, и оказалась не готова к выполнению задач, связанных с неинфекционными заболеваниями.

На протяжении 1970-х и 1980-х гг. советская медицинская наука пребывала в изоляции от остального мира, и в СССР не проникали сведения о западных достижениях ни в области методов лечения, ни в области доказательной медицины. В итоге в СССР были широко распространены неэффективные вмешательства, а многие эффективные не использовались.

В 1980-х гг. собирать и анализировать эпидемиологические данные продолжали, а вот публиковать их перестали, поскольку они свидетельствовали о неблагополучии советского общества. Врачи оказались лишены важных сведений, возможности обсуждать и распространять их. Государство перевело неинфекционные заболевания в разряд социально значимых, а руководство здравоохранения в ответ разработало программы по введению регулярных медицинских осмотров и увеличению числа больничных коек. Таким образом, должной реакции на изменение эпидемиологической обстановки не последовало (7). Никакой борьбы с факторами риска неинфекционных заболеваний не проводилось, и такая ситуация сохраняется по сей день. Так, высочайшая смертность трудоспособного населения, связанная с пьянством, не вызвала никаких решительных действий, за исключением антиалкогольной кампании 1985 г., которая прежде всего была спровоцирована сокращением производительности труда из-за распространения пьянства (31).

В ответ на тревожные новости о плохом состоянии здоровья детей Министерство здравоохранения в 2002 г. назначило диспансеризацию всех детей до 18 лет (33 млн человек). Каждый ребенок был обследован медицинской сестрой, педиатром, невропатологом, психологом, ортопедом, офтальмологом, оториноларингологом, логопедом и так далее. Это мероприятие свидетельствует о господстве в общественном здравоохранении старых методов, при которых все трудности пытаются решить медицинским путем. Однако эти методы не способны решить проблему в корне, который кроется в отсутствии должной помощи больному ребенку, плохом питании детей и наблюдении за их развитием, распространении несчастных случаев, насилия, пьянства, курения, наркомании и так далее. После диспансеризации ведением детей почти не занимались, и не последней причиной тому послужило отсутствие средств, в изобилии потраченных на столь дорогостоящее мероприятие.

Сегодня санитарно-эпидемиологическая служба отвечает за эпидемиологические исследования в стране и субъектах Российской Федерации, а ее задачи не раз обсуждали на федеральном уровне. На деле же она сталкивается с отсутствием сотрудничества и недостатком средств, и все это не позволяет ей осуществлять свои функции. Тем не менее в некоторых районах, в частности в Свердловской и Пермской областях, санитарно-эпидемиологическая служба работает успешно. Будем надеяться, что когда-нибудь санитарно-эпидемиологическая служба займет заслуженное место и ее данные станут основой принятия решений и управления здравоохранением.

Совместно с Министерством природы санитарно-эпидемиологическая служба занимается охраной окружающей среды. Санитарно-эпидемиологическая служба определяет уровень содержания вредных веществ в окружающей среде, а Министерство природы устанавливает нормативы рационального использования и восстановления природных ресурсов, следит за их соблюдением (40). Однако эффективность этой деятельности невелика ввиду отсутствия навыков и средств, дополняемого некоторой коррумпированностью руководства.

Учитывая стремительное ухудшение здоровья населения в конце 1980-х гг., новая Россия в числе первых своих законов в 1991 г. приняла закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Он определил права и обязанности граждан, частных и государственных предприятий в области поддержания и укрепления здоровья населения, обязанности медицинских учреждений (частных и государственных), основные требования, обеспечивающие санитарно-эпидемиологическое благополучие населения (без указания путей их соблюдения).

В 1992 г. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ) Министерства здравоохранения России приступил к работе по улучшению технического, организационного и научного обеспечения мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Среди прочего он создал эпидемиологическую базу данных (Центр управления и анализа), представил ряд программ в субъектах Российской Федерации, провел исследования по их внедрению и распростра-

нению. ГНИЦ ПМ обеспечивает связь региональных, правительственных, международных организаций со специализированными учреждениями, которые участвуют в профилактике неинфекционных болезней. В результате этой деятельности были созданы партнерские отношения с медицинскими учреждениями Канады, Швеции и США, но пока достигнуто не многое.

В 1994 г. при участии организации «Здоровье Канады» («Health Canada») ГНИЦ ПМ подготовил программный документ «К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактика заболеваний: приоритет — основные неинфекционные заболевания». В 1997 г. совместно с американскими специалистами был подготовлен еще один документ — «Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России». На основе этих двух документов Министерство здравоохранения разработало «Концепцию охраны и укрепления здоровья населения России», в которой попыталось определить потребности и направления программ в области укрепления здоровья населения. Напомним, что и в 1994 г., когда был разработан первый программный документ, и позже, в 1998 г., Россия переживала тяжелые времена в связи с экономическим кризисом. В сочетании с наблюдаемой в те годы децентрализацией власти это крайне затрудняло и разработку, и осуществление эффективных программ в области охраны здоровья. Но, пожалуй, самым важным препятствием для них служит то, что правительство ни раньше, ни сейчас не имеет четкого представления о подходах к осуществлению задач общественного здравоохранения и развитию системы здравоохранения.

На протяжении 1990-х гг. Европейское региональное бюро ВОЗ усиленно предлагало странам — членам ВОЗ при разработке программ в области укрепления здоровья использовать программу «Здоровье для всех». В 1997 г. в Москве под предводительством директора регионального бюро ВОЗ прошло совещание руководителей здравоохранения высокого уровня. Однако заметных результатов оно не принесло — вероятно, в связи со сменой министра здравоохранения. Позже усилия ВОЗ по укреплению здоровья в России были направлены на содействие профилактической программе Tasis в ряде субъектов Российской Федерации.

Несмотря на упомянутые выше программные документы и официальные заявления о важности мероприятий по устранению критического состояния в здоровье населения и демографической ситуации, фактически государство не придерживается неуклонного курса на укрепление здоровья населения. Обзор российских официальных документов показывает, что, понимая необходимость реформ в системе общественного здравоохранения, государство не обозначило четких задач этих реформ, а предложенные им программы достичь желаемой цели не способны. Нет ясности и в определении роли общественного здравоохранения и путей его совершенствования с помощью реформ, при этом руководство в целом полагает, что с задачами общественного здравоохранения вполне справятся врачи и первичное медицинское обслуживание (усилия по совершенствованию которого часто сводятся к простому замещению участковых терапевтов врачами общей практики) (58).

Тем не менее в области общественного здравоохранения и профилактики заболеваний был предпринят ряд совместных (с программой Tacis Европейского союза, Фондом Сороса, Всемирным банком) проектов. Одной из самых насущных потребностей России в области общественного здравоохранения является потребность в современных специалистах. Больше всего в их подготовке России помогли Фонд Сороса и правительство Израиля, и сегодня обученные при их помощи молодые специалисты сформировали костяк учебных программ в Москве, Санкт-Петербурге, Твери и Челябинске. Санкт-Петербург к тому же сотрудничает с Северной школой общественного здравоохранения, которая в рамках программы «Балтийское кольцо партнерств в области общественного здравоохранения» (Brimhealth) занимается подготовкой руководителей общественного здравоохранения для стран Балтии.

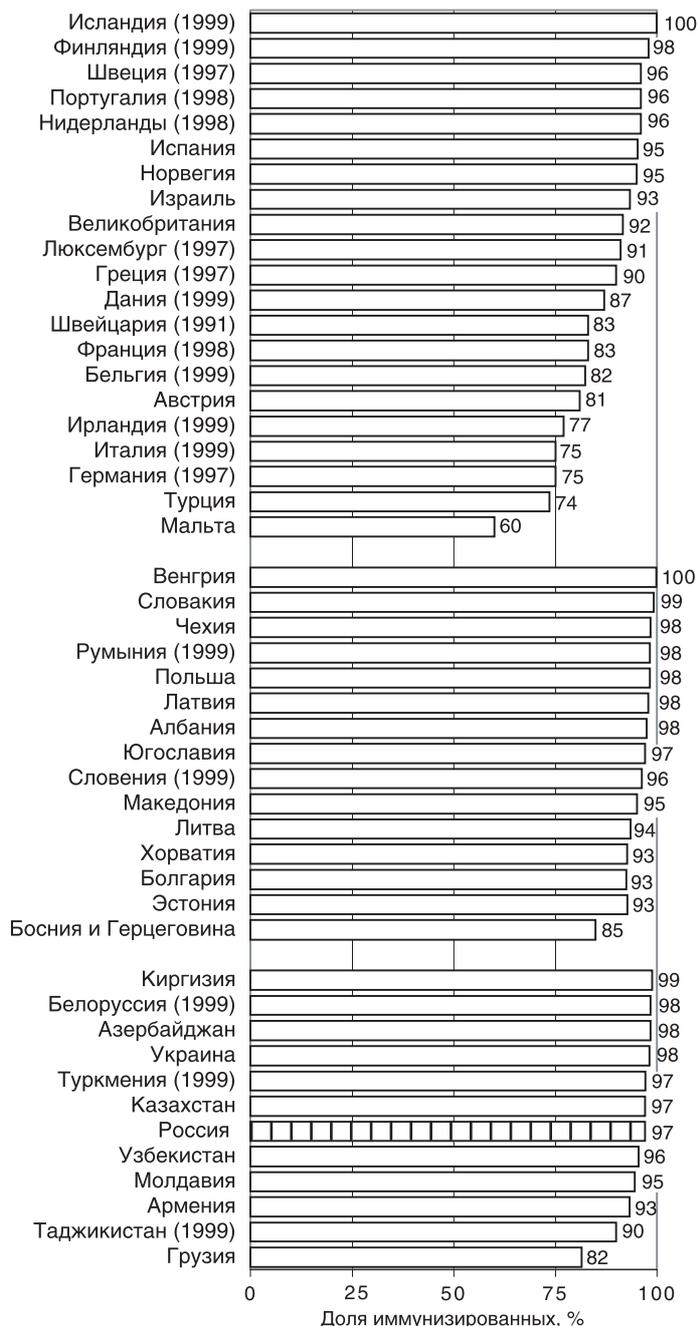
В 1999 г. вышла новая редакция закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». В соответствии с этим законом надлежало создать единую санитарно-эпидемиологическую службу. В России многие ведомства, в том числе министерства обороны, внутренних дел, юстиции, чрезвычайных ситуаций, путей сообщения, Федеральная пограничная служба, Администрация Президента и другие, содержали собственные санитарно-эпидемиологические службы, каждая из которых действовала самостоятельно и решала эпидемиологические и санитарно-гигиенические задачи в пределах собственного ведомства. По закону 1999 г. все эти службы должны были перейти под начало единой — центральной санитарно-эпидемиологической службы, но пока этого не произошло.

Иммунизацию и массовые обследования сегодня проводят врачи поликлиник и отчасти медицинские работники школ и детских садов. Санитарно-эпидемиологическая служба сегодня составляет графики иммунизации детей и следит за их соблюдением в детских поликлиниках, детских садах и школах. Вероятно, именно ее заслугой является высочайший уровень иммунизации против кори (97% в 2000 г., рис. 12). В последние годы улучшилось качество вакцин. Система медицинского обслуживания детей в России налажена достаточно хорошо, и от экономического кризиса она пострадала меньше многих других. В то же время, учитывая огромное и все возрастающее число беспризорников, достоверность статистических данных об уровне иммунизации сомнительна.

Основные задачи в области планирования семьи и дородового наблюдения сегодня отнесены к первичному медицинскому обслуживанию.

Антиалкогольная кампания 1980-х гг. давно завершилась. В 1996 г. санитарно-эпидемиологическая служба начала профилактические программы, направленные на борьбу с курением и пьянством, однако широкомасштабными они не стали и проходят незаметно, без видимых результатов. Очевиден пробел в санитарном просвещении, лишь отчасти его заполняют международные программы против наркомании, болезней, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции и СПИДа. Так, почти полностью за счет международных компаний проводятся мероприятия по борьбе с факторами риска — обмен использованных игл, беседы о безопасности половой жизни.

**Рисунок 12. Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона в 2000 г.**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».  
Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

Основной вклад в подобные мероприятия внесли Институт «Открытое общество» (Фонда Сороса), а позже Департамент международного развития (Великобритании).

Разработан и уже проводится ряд программ по профилактике неинфекционных заболеваний, в частности артериальной гипертензии, сахарного диабета, онкологических заболеваний.

В России чрезвычайно распространено курение среди мужчин и очень быстро растет число курящих молодых женщин. Особенно велико число курящих в городах. Во многом это связано с крайне навязчивой торговой политикой западных табачных компаний (21). Запрет на рекламу табака, введенный в начале 2002 г., в основном не соблюдается (62).

Ряд профилактических программ проводится на государственном уровне. В частности, в 1993 г. начата Президентская программа «Дети России», в рамках которой разработаны и проводятся целевые федеральные программы помощи детям-инвалидам, сиротам, детям беженцев и вынужденных переселенцев, детям Севера и детям, пострадавшим от аварии на Чернобыльской АЭС. Кроме того, эта программа включает ряд мероприятий по улучшению медицинского обслуживания детей, профилактике безнадзорности и правонарушений среди них, развитию социального обслуживания детей, организации летнего отдыха.

Проводятся и другие федеральные целевые программы: «Безопасное материнство» (включает социальную поддержку беременных и молодых матерей), «Дети Севера» (обеспечивает медицинские осмотры детей Крайнего Севера), «Анти-ВИЧ/СПИД», «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации».

Субъекты Российской Федерации проводят собственные целевые программы, их основные направления: борьба с ВИЧ-инфекцией и со СПИДом, борьба с болезнями, передаваемыми половым путем, и гепатитами, профилактика артериальной гипертензии, сахарного диабета, бронхиальной астмы и прочих заболеваний. Некоторые программы проходят при поддержке международных организаций и программ — Института «Открытое общество», Агентства США по международному развитию, Министерства международного развития Великобритании, Канадского агентства международного развития (CIDA), программы Tacis (программа Европейского союза по содействию в развитии странам бывшего СССР, Центральной и Восточной Европы), скандинавских стран, а также ВОЗ и Всемирного банка.

## **Специализированное медицинское обслуживание**

Специализированное медицинское обслуживание в России предоставляют больницы и их амбулаторные отделения, а также специализированные отделения поликлиник. Во многом сохранилась структура специализированной медицинской помощи советского образца с прежней организацией по территориальному принципу. Изменения в основном сводятся к закрытию

части больниц и сокращению коечного фонда. Остановимся на основных учреждениях специализированной помощи.

**Участковая больница** на 20—50 коек предоставляет простейшую стационарную помощь сельскому населению. Часто весь ее врачебный персонал — это хирург, терапевт и педиатр. Во многом работа участковой больницы сводится к первичному и медико-социальному обслуживанию, но она справляется и со многими операциями, и с лечением неосложненных хронических и острых заболеваний.

**Районная больница** на 100—700 коек обслуживает каждый городской и сельский район. Она обеспечивает стационарной и специализированной помощью 40 000—150 000 человек, предоставляя медицинские услуги по основным терапевтическим и хирургическим направлениям. В районах, не имеющих детской и акушерско-гинекологической больницы, районная больница включает соответствующие отделения.

**Районная поликлиника** обеспечивает жителей каждого района всесторонней амбулаторной специализированной помощью. Здесь лечатся те, кто не нуждается в госпитализации. Некоторые больницы имеют собственные амбулаторные отделения, в которых некоторое время наблюдают выписанных больных. Взаимодействие между поликлиниками и амбулаторными отделениями больниц налажено не всегда хорошо.

**Областная (республиканская) больница** имеется в каждой области. Она принимает сложных больных, направленных районными поликлиниками и больницами. В ней расположены специализированные и высокоспециализированные отделения, работает более квалифицированный персонал и предоставляется более сложная помощь, чем в районной больнице. На базе областных больниц организуют кафедры местных медицинских институтов.

**Областная поликлиника** предоставляет специализированную амбулаторную помощь на областном уровне, она никак не связана с амбулаторными отделениями больниц и страдает обычными недостатками — слабыми связями с другими медицинскими учреждениями, недостаточной преемственностью в ведении больных.

**Специализированные больницы и поликлиники.** Существуют отдельные детские больницы и поликлиники, в которых оказывают все виды специализированной и высокоспециализированной помощи. Имеются и отдельные поликлиники и больницы для женщин — женские консультации, акушерско-гинекологические больницы, родильные дома. Все они предоставляют только акушерскую и гинекологическую помощь. Любая специализированная больница и поликлиника принимает больных по направлениям нижестоящих медицинских учреждений.

**Ведомственные больницы и поликлиники.** Поликлиники при предприятиях предоставляют ряд амбулаторных специализированных услуг. Стационары имеются на очень немногих предприятиях. Стационарами на несколько коек располагают многие бывшие колхозы, они госпитализируют больных, но в основном предлагают лишь простейшее обслуживание. Экономически крепкие предприятия полностью на собственные деньги содержат собственные, подчас высококачественные поликлиники. По закону о медицин-

ском страховании взносы за ОМС своих сотрудников должны платить и предприятия с собственной медицинской службой, таким образом, работающие на этих предприятиях люди получают и договорное, и ведомственное медицинское обслуживание. Многие предприятия, столкнувшись с серьезными финансовыми трудностями, закрыли свои медицинские учреждения. Ведомственные медицинские учреждения различных министерств тоже в основном предоставляют амбулаторную помощь. Отдельное место занимает медицинская служба Министерства обороны: в нее входят медицинские учреждения для военных, в том числе стационары, которые предлагают всестороннюю специализированную помощь, кроме акушерско-гинекологической. Стационарной, специализированной и даже высокоспециализированной помощью в некогда закрытых медицинских учреждениях своих сотрудников обеспечивают и некоторые другие министерства. Сегодня большинство ведомственных медицинских учреждений предоставляют часть (обычно незначительную) услуг более широким слоям населения — по договорам медицинского страхования.

**Федеральные больницы и поликлиники**, большинство которых расположено в Москве, предоставляют самые сложные высокоспециализированные медицинские услуги. Многие из таких медицинских учреждений существуют при научно-исследовательских институтах соответствующего профиля и предлагают помощь высочайшего уровня и качества.

**Дневные стационары** — это появившиеся в 1990-х гг. отделения поликлиник и больниц разного уровня, где проводят вмешательства, требующие госпитализации на день.

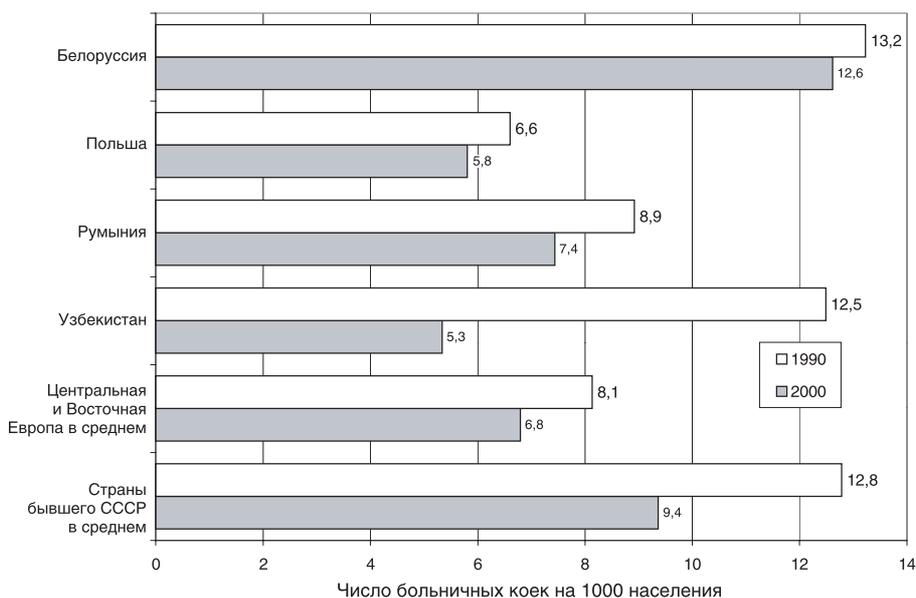
**Санатории и реабилитационные центры.** По советскому обычаю санаторно-курортное лечение является обязательной частью медицинского обслуживания. Санатории и реабилитационные центры помогали трудящимся поправить здоровье, лечили от алкоголизма и некоторых заболеваний, были способны предотвратить инвалидность в тяжелых случаях. В них под руководством врачей средний медицинский персонал соответствующей квалификации проводит курсы лечебной физкультуры, массажа, иглоукалывания и так далее. В некоторых областях подобного рода медицинскую помощь оказывают специализированные стационары.

Все перечисленные медицинские учреждения остались государственными и принадлежат властям соответствующего уровня. Каждый их сотрудник заключает трудовой договор с самим учреждением, а в конечном счете на работу его принимает местный комитет здравоохранения. Любое медицинское учреждение этого уровня получает и налоговые средства от местных властей, и средства от страховых компаний. На деле в разных районах страны финансирование медицинских учреждений имеет огромные различия. В некоторых районах медицинское страхование отсутствует и не участвует в финансировании специализированной медицинской помощи, в других медицинское страхование компенсирует до 80% затрат больниц и поликлиник. Считается, что огромную роль в финансировании специализированного медицинского обслуживания играет теневая оплата медицинской помощи.

Частные специализированные медицинские учреждения появляются, но пока их очень мало. Среди них поликлиники, которые предоставляют платную первичную и специализированную помощь, частные диагностические медицинские учреждения и весьма малочисленные частные больницы. Основная часть платных специализированных и стационарных услуг распространяется по договорам добровольного медицинского страхования, и руководят ими обычно частные страховые компании. Как правило большинство услуг по таким договорам предоставляют на базе ведомственных медицинских учреждений.

Специализированная медицинская помощь, и прежде всего стационарная, в России относительно избыточна. Как видно на рис. 13, в 2000 г. в России на 1000 населения приходилось 9,2 больничной койки в обычных больницах — больше, чем в остальных представленных на рисунке странах бывшего СССР. Обеспеченность больничными койками населения в России вообще превышает таковую во всех странах Европейского региона и более чем вдвое превосходит средний показатель в странах Европейского союза (табл.

**Рисунок 13. Число больничных коек на 1000 населения в странах Европейского региона в 1990 г. и 2000 г.**



Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».

Примечание: В отсутствие данных о числе койек в обычных больницах использованы данные о числе койек во всех больницах.

Данные о числе койек в обычных больницах более точны и лучше подходят для сравнения положения в разных странах, чем те, что учитывают число койек и в обычных больницах, и в интернатах для хронических больных.

В данном рисунке число всех больничных койек указано для стран, которые не предоставили данных о числе койек в обычных больницах, и только отражает тенденции.

12). С 1980 г. число коек на душу населения в России сократилось, но, чтобы достичь уровня других стран, сокращать коечный фонд ей следовало бы гораздо быстрее.

В России наблюдается максимальное среди стран бывшего СССР и одно из самых высоких среди европейских стран число госпитализаций в год — 20 на 100 населения в 1999 г. (табл. 12).

По средней продолжительности госпитализации Россия обогнала все страны Европейского региона, кроме Азербайджана, и заметно опережает западноевропейские страны. Однако, судя по табл. 13, этот показатель с 1985 г. устойчиво сокращается<sup>1</sup>.

Несмотря на избыточность коечного фонда, занятость больничных коек в России, составляющая 86%, — одна из самых высоких среди представленных в табл. 12 стран.

Высокая обеспеченность населения больничными койками и высокая занятость больничных коек отчасти обусловлены тем, что койки обычных больниц нередко используют для медико-социального обеспечения пожилых и хронических больных. С другой стороны, все это — отдаленные последствия прежней политики финансирования больниц по числу и занятости коек, которая способствовала раздуванию коечного фонда и намеренному затягиванию госпитализаций.

Центральное руководство здравоохранения прекрасно сознает вред избыточного коечного фонда и понимает, что привычка занимать свободные койки приводит и к ненужному продлению сроков госпитализации, и к лишним расходам. Однако Министерство здравоохранения не имеет права закрывать медицинские учреждения, которые находятся в ведении региональных и местных властей. Оно рассчитывало, что введение медицинского страхования наладит соотношение объемов амбулаторного и стационарного обслуживания. Финансирование больниц по договорам, основанное на оплате законченного случая, — безусловно, один из методов сокращения продолжительности госпитализаций. Договоры должны были заставить больницы проводить больше операций на базе дневных стационаров и строго следить за своими расходами. Однако пока ОМС действует не так, как на то рассчитывало руководство здравоохранения. Больничные койки сегодня сокращают от случая к случаю — не в результате продуманной политики, а под давлением финансовых обстоятельств. Кроме того, заметная экономия средств при сокращении коечного фонда часто достигается только при одновременном сокращении медицинских кадров, масштабы которого в России пока незначительны.

Планы по сокращению коечного фонда в России должны учитывать масштабы страны, ее огромные малонаселенные пространства (в Сибири, в частности). Так, в Тюменской области, территории которой хватило бы на несколько европейских стран, живет всего 3 млн человек, лишь 30 000—100 000 из которых проживает в городах. В таких условиях маленькие больницы не

<sup>1</sup> Отметим, что данные табл. 12 и 13 нельзя сравнивать, поскольку в первой приведены показатели только обычных больниц, а во второй — всех стационаров.

**Таблица 12. Показатели стационарного лечения в обычных больницах стран Европейского региона в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных**

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Коэффициент средней занятости койки, %
<b>Страны Западной Европы</b>				
Австрия	6,2	23,4 <sup>г</sup>	6,3	75,5
Бельгия	5,5 <sup>б</sup>	18,0 <sup>б</sup>	8,7 <sup>б</sup>	79,9 <sup>б</sup>
Дания	3,3 <sup>а</sup>	19,2 <sup>а</sup>	5,5	79,9 <sup>а</sup>
Страны Европейского союза в среднем	4,2 <sup>а</sup>	17,1 <sup>а</sup>	8,2 <sup>б</sup>	77,0 <sup>б</sup>
Финляндия	2,4	19,3 <sup>г</sup>	4,3	74,0 <sup>а</sup>
Франция	4,1 <sup>а</sup>	20,3 <sup>а</sup>	5,5 <sup>а</sup>	77,4 <sup>а</sup>
Германия	6,4 <sup>а</sup>	17,6 <sup>к</sup>	10,7 <sup>б</sup>	81,6 <sup>б</sup>
Греция	3,9 <sup>а</sup>	14,5 <sup>в</sup>	—	—
Исландия	3,7 <sup>г</sup>	18,1 <sup>а</sup>	6,8 <sup>а</sup>	—
Ирландия	3,0 <sup>а</sup>	14,9 <sup>г</sup>	6,5 <sup>а</sup>	83,0 <sup>а</sup>
Израиль	2,3	17,7 <sup>а</sup>	4,3	94,0
Италия	4,5 <sup>б</sup>	15,8 <sup>а</sup>	7,1 <sup>б</sup>	74,1 <sup>б</sup>
Люксембург	5,5 <sup>б</sup>	18,4 <sup>е</sup>	7,7 <sup>б</sup>	74,3 <sup>е</sup>
Мальта	3,7	11,2	4,6	75,5
Нидерланды	3,3	10,3 <sup>в</sup>	7,7	58,4
Норвегия	3,1	14,5 <sup>б</sup>	6,0	85,2
Португалия	3,1 <sup>б</sup>	11,2 <sup>г</sup>	7,3 <sup>б</sup>	75,5 <sup>б</sup>
Испания	3,0 <sup>г</sup>	10,5 <sup>е</sup>	8,0 <sup>г</sup>	77,3 <sup>г</sup>
Швеция	2,5	15,9 <sup>г</sup>	5,5 <sup>а</sup>	77,5 <sup>г</sup>
Швейцария	4,0 <sup>б</sup>	14,2 <sup>ж</sup>	10,0 <sup>б</sup>	84,0 <sup>б</sup>
Турция	2,2	6,1	5,4	58,7
Великобритания	2,4 <sup>б</sup>	21,4 <sup>г</sup>	5,0 <sup>г</sup>	80,8 <sup>б</sup>
<b>Страны Центральной и Восточной Европы</b>				
Албания	2,8 <sup>б</sup>	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 <sup>б</sup>	7,3 <sup>и</sup>	9,8 <sup>б</sup>	62,6 <sup>а</sup>
Болгария	—	15,8 <sup>а</sup>	10,7 <sup>г</sup>	64,1 <sup>г</sup>

Россия

**Таблица 12 (окончание). Показатели стационарного лечения в обычных больницах стран Европейского региона в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных**

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Коэффициент средней занятости койки, %
Страны Центральной и Восточной Европы в среднем	5,9	17,0 <sup>А</sup>	8,3	72,8
Хорватия	4,1	13,9	9,2	86,3
Чехия	6,3	19,9 <sup>В</sup>	8,8	70,7
Эстония	5,6	17,0 <sup>А</sup>	7,3	66,1
Венгрия	6,6	20,5 <sup>А</sup>	6,7	72,5
Латвия	6,1	20,0	–	–
Литва	6,3	20,9	8,3	76,0
Словакия	6,9	18,9	9,4	71,0
Словения	4,6 <sup>А</sup>	15,1 <sup>А</sup>	7,6 <sup>А</sup>	73,2 <sup>А</sup>
Македония	3,4	9,2 <sup>А</sup>	8,4	60,1
<b>Страны бывшего СССР</b>				
Армения	4,9	7,3 <sup>А</sup>	10,3	28,2
Азербайджан	7,3	4,7	15,4	28,5
Белоруссия	–	–	–	88,7 <sup>Е</sup>
Грузия	4,3	5,1 <sup>А</sup>	7,8	83,0
Казахстан	5,5	16,0 <sup>А</sup>	11,5	97,0
Киргизия	6,1	16,0 <sup>А</sup>	12,3	90,2
Страны бывшего СССР в среднем	6,4	15,3	12,9	84,6
Молдавия	6,3	14,4	11,9	66,6
Россия	9,2	20,0 <sup>А</sup>	13,5	85,8
Таджикистан	5,9	9,0	13,2	59,8
Туркмения	6,0 <sup>В</sup>	12,4 <sup>В</sup>	11,1 <sup>В</sup>	72,1 <sup>В</sup>
Украина	7,2	18,4	12,7	88,1

Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных программы «Здоровье для всех».

Примечание: <sup>А</sup> 1999, <sup>Б</sup> 1998, <sup>В</sup> 1997, <sup>Г</sup> 1996, <sup>Д</sup> 1995, <sup>Е</sup> 1994, <sup>Ж</sup> 1993, <sup>И</sup> 1991, <sup>К</sup> 1990.

**Таблица 13. Показатели стационарного лечения в России, 1985—2000 гг. (данные по всем больницам)**

Показатель	1985 г.	1990 г.	1995 г.	1998 г.	2000 г.
Число коек на 1000 населения	13,5	13,8	12,6	11,9	11,6
Число госпитализаций на 1000 населения	24,4	22,8	21,2	21,0	21,9
Средняя продолжительность госпитализации, дни	17,0	16,6	16,8	15,8	15,4

Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации.

более чем на 300 коек необходимы. Закрывать или расформировывать маленькие больницы целесообразно лишь в крупных городах.

Таким образом, вполне очевидно, что введение ОМС мало отразилось на структуре медицинской помощи в России и предполагаемых успехов в этой области не добилось. В западных странах на долю стационарной медицинской помощи приходится около 40% государственных затрат на здравоохранение и этот показатель плавно снижается, в России стационары поглощают 65% государственных затрат на здравоохранение, постепенно увеличивая свою долю в их структуре (47). Виды медицинского обслуживания, которые заменяют стационары, а именно: дневные стационары, амбулаторные хирургические отделения и самостоятельные диагностические центры — развиваются в лучшем случае медленно. По оценкам, при более целесообразном использовании больничных фондов затраты больниц можно сократить на 40—50%. Однако одними рыночными механизмами (даже если они будут работать) добиться коренных преобразований в стационарном обслуживании вряд ли удастся.

Сохранению существующего несоответствия в объемах стационарного и амбулаторного обслуживания помимо методов финансирования способствует и то, что лекарственное обеспечение амбулаторных больных не входит в набор гарантированных бесплатных медицинских услуг. Усугубляют положение и социально-культурные факторы. Россияне привыкли к советским порядкам и считают, что лежать в больнице по поводу аппендэктомии две недели вполне нормально. Они сопротивляются попыткам сократить сроки госпитализации и воспринимают их как признак ухудшения медицинского обслуживания. Население в целом, и подчас не без оснований, считает, что ранняя выписка из стационара серьезно усложняет их жизнь: им приходится ходить за продуктами, многим — возвращаться в коммунальные квартиры, справляться с тяготами зимнего времени. Больше всего к длительной госпитализации стремятся пожилые, для которых она служит возможностью отдохнуть и восстановить силы. Немногочисленные дома престарелых и приюты почти не восполняют социальные потребности населения.

Министерство здравоохранения не раз обсуждало с местными властями вопрос о передаче части больничных коек на медико-социальные нужды. По некоторым данным, под них сегодня можно отвести до 20% существую-

щих больничных коек. Однако пока не ясно, как решить эту задачу в условиях реформы финансирования здравоохранения.

Таким образом, преобразования в структуре медицинского обслуживания будут сложными. Есть надежда, что страховые компании перейдут на более целесообразные пути распределения средств и с помощью договоров медицинского страхования и методов финансового давления повлияют на работу медицинских учреждений. Возможно, социальное обслуживание когда-нибудь будет финансироваться не за счет средств здравоохранения, а за счет социальных пособий, и с появлением новых подходов постепенно изменится культура и ожидания населения. Чтобы увеличить долю амбулаторного медицинского обслуживания за счет стационарного, необходимо ограничить свободный доступ к стационарам и специалистам — как путем ограничения прав больных, так и посредством укрепления диспетчерской функции врачей первичной медицинской помощи. Если же последние станут работать более эффективно и качественно, такие перемены будут не только возможны — их будут приветствовать больные.

## Удовлетворенность медицинских работников и потребителей

Многие российские больницы и поликлиники пребывают в плохом состоянии. Из-за сокращения средств на капитальные вложения здания быстро ветшают. Нет средств и на техническое оснащение и поддержку состояния медицинского оборудования, и оно либо ломается, либо устаревает. В 45% больниц отсутствуют душевые и ванны комнаты, в 15% сельских больниц — водопровод (63). Подобные условия вызывают недовольство и больных, и медицинского персонала — прежде всего врачей, которых невозможно качественно работать из-за внешних условий особенно удручает.

В ряде исследований попытались определить степень и причины недовольства больных медицинским обслуживанием, правда, без четкого разграничения его уровней. Выяснилось, что по большей части население не удовлетворено современным состоянием медицинской помощи в целом. Опрос общественного мнения, проведенный в 1995 г. среди 1400 жителей семнадцати субъектов Российской Федерации, показал, что довольны медицинским обслуживанием лишь 14% опрошенных. Ведущие причины недовольства — высокие цены на лекарственные средства, плохие навыки и низкая квалификация врачей, бесцеремонность медицинского персонала и большие очереди на прием к врачам. Другой опрос общественного мнения среди 1000 москвичей обнаружил высокий уровень поддержки приватизации медицинских учреждений: 50% опрошенных приветствовали передачу медицинских учреждений в частную собственность, 35% были против нее и 15% не нашли, что ответить. Учитывая, что после 70 лет коммунистического строя россияне имеют слабое представление о приватизации и ее последствиях, ее поддержку следует рассматривать не как руководство к действию, а как выражение общего недовольства существующим положением в

здравоохранении и призыв изменить его. Как ни странно, среди причин недовольства медицинским обслуживанием не упомянута необходимость давать взятки медицинским работникам. Видимо, взяточничество в здравоохранении настолько прочно укоренилось, что его воспринимают как нечто само собой разумеющееся. Исследователи полагают, что и поддержка больницы приватизации в здравоохранении во многом обусловлена тем, что им кажется выгоднее раз заплатить частному врачу, чем то и дело раздавать взятки и подарки в государственном медицинском учреждении, получая при этом помощь низкого качества.

Удовлетворенность больных медицинским обслуживанием в частном и государственном секторе сравнивали по степени предпочтений. В 1997 г. около 30% опрошенных считали, что стоматологическая помощь лучше в государственных клиниках, а 11,5% — что в частных; прочие виды медицинского обслуживания 37,4% больных предпочитали получать в государственных клиниках и 9,6% — в частных. Лишь треть опрошенных безоговорочно отдали предпочтение частному медицинскому обслуживанию. Очевидно, что значительная часть россиян предпочитает государственное медицинское обслуживание. Однако достоверность этих данных весьма сомнительна, поскольку многие из опрошенных сами никогда не обращались за частной медицинской помощью. Когда их исключили из исследования, его результаты оказались противоположными — основная часть опрошенных высказалась в пользу частных медицинских учреждений (43).

По данным исследования, проведенного в январе 1997 г. Всероссийским центром изучения общественного мнения, 61% опрошенных выбрали «в основном бесплатное медицинское обслуживание», что в российском понимании означает — государственное<sup>1</sup>. Учитывая такое настроение россиян, вполне можно понять сопротивление правительства частично платному здравоохранению, пусть сегодня оно является бесплатным лишь официально (43).

Ответы на заданный российским семьям вопрос: «Почему вы обратились в частное медицинское учреждение?» распределились следующим образом:

- не смогли получить необходимую помощь в государственном секторе — 30%;
- не устраивает квалификация врачей государственных медицинских учреждений — 25%;
- отпугивает невнимательность и неделикатность персонала государственных медицинских учреждений — 20%.

По данным того же исследования, отрицательное отношение к частной медицинской помощи во многом обусловлено бедностью населения: в

---

<sup>1</sup> Безусловно, в действительности это не всегда так, поскольку частное медицинское учреждение может заключить договор с государством и его услуги для больных будут бесплатными. В соответствии с законом 1993 г., отношения между частным производителем и государственным покупателем медицинских услуг должны были дополнить единственно существующие, при которых и покупателем, и производителем являлись государственные учреждения, однако новая схема используется крайне редко.

1997 г. доход 20,8% россиян (30 млн человек) не достигал прожиточного минимума. Сегодня у многих россиян нет денег на лекарственные средства, и у наиболее малообеспеченных групп населения заметно сократились потребительские возможности, что служит типичным признаком расслоения общества.

Данные исследований позволяют сделать ряд выводов.

Частные медицинские учреждения заняли в здравоохранении определенное место и удовлетворяют запросам незначительной части платежеспособного населения.

Частные медицинские услуги восполняют недостаток государственных, но лишь в небольшой степени и лишь для отдельных групп населения.

Отсутствие единых нормативов лекарственного обеспечения и бесплатной медицинской помощи, во многом неоправданные государственные гарантии ограничили значительной части россиян доступ к медицинскому обслуживанию.

Разрыв в доступности и качестве медицинской помощи для разных слоев населения растет, обостряя социальную напряженность в стране.

Недовольство здравоохранением растет и среди медицинских работников, и главная его причина — уровень оплаты труда. Заработные платы в здравоохранении всегда были ниже, чем на производстве, но с 1991 г. они постоянно фактически уменьшаются, заметно отставая от инфляции. Другие причины недовольства медицинских работников: плохие условия труда, задержки заработной платы<sup>1</sup>, ветхость учреждений, устаревшее оборудование, выраженная нехватка расходных материалов и лекарственных средств.

## Социальное обслуживание

В СССР последних лет социальную помощь населению в основном оказывало общество «Красный Крест». Основным источником его финансирования служили добровольные пожертвования, иногда оно получало и государственные субсидии. Экономический кризис после распада СССР лишил «Красный Крест» средств, и он прекратил свою работу. Часть его функций взяло на себя Министерство социального обеспечения, но из-за недостатка средств очень немногие из них сохранились.

В современной России, таким образом, социальное обслуживание населения весьма ограничено. Многие социальные функции продолжает выполнять здравоохранение. Длительным стационарным обслуживанием хронических больных, пожилых, лиц с психическими расстройствами до сих пор занимаются обычные больницы. Не существует и действенных методов

---

<sup>1</sup> Задержки заработной платы все еще наблюдаются, хотя в последнее время они не столь значительны. По данным исследований, в конце 2001 г. долги по заработной плате не были выплачены 25% трудящихся, из них 73% трудящихся учреждения были должны заработную плату не более чем за два месяца. В конце 2000 г. долги по заработной плате не были выплачены 30% трудящихся (26).

помощи и поддержки для инвалидов (с умственными и физическими недостатками), и в результате они оказываются в обычных медицинских учреждениях.

Социальное обслуживание в СССР было развито относительно слабо, и до сих пор ему далеко до уровня европейских стран. В России не существует дневных домов для престарелых и инвалидов, нет и официальной системы патронажа для тех из них, кто хочет жить отдельно.

За счет средств социального обеспечения существуют дома престарелых, но попасть в них крайне сложно, а условия жизни далеки от удовлетворительных. С 1993 г. открываются интернаты для престарелых и хронических больных. Работают они хорошо, но спрос на места в них значительно превышает предложение. Таким образом, чаще пожилых и хронических больных надолго госпитализируют в обычные больницы — на социальные койки. При советской системе финансирования подобная практика в больницах была оправдана, но как на ней отразится введение страховых договоров, сказать трудно.

Лица с хроническими психическими расстройствами в основном тоже госпитализировали в обычные психиатрические больницы, где отводили некоторое число коек для длительной госпитализации больных, не требующих постоянного внимания врача. В России действуют и дома инвалидов, где люди с умственными и физическими недостатками обычно находятся на попечении врачей, а вот достойного бытового ухода не получают.

Частных учреждений социального обслуживания в России не существует. Все они являются государственными и получают финансирование от местных властей и — в большей мере — от медицинского страхования. Так как в основном медико-социальным обслуживанием занимаются обычные больницы, путь к нему лежит через кабинет врача. Методов отбора наиболее нуждающихся не существует, и вопрос переизбытка направлений больницы решают неофициальными путями — составляют списки очередников или берут взятки.

Министерство здравоохранения намерено обсудить с местными властями план выделения больничных коек для медико-социального обслуживания. Есть надежда, что его будут осуществлять в сестринских отделениях, в числе которых будут отделения для выздоравливающих и хронических больных. По оценкам, на эти цели можно безболезненно выделить 20% существующего коечного фонда. Методы финансирования медико-социального обслуживания еще предстоит определить.

В последние годы субъекты Российской Федерации начали самостоятельно создавать интернаты для пожилых, сирот и инвалидов.

## Медицинские кадры

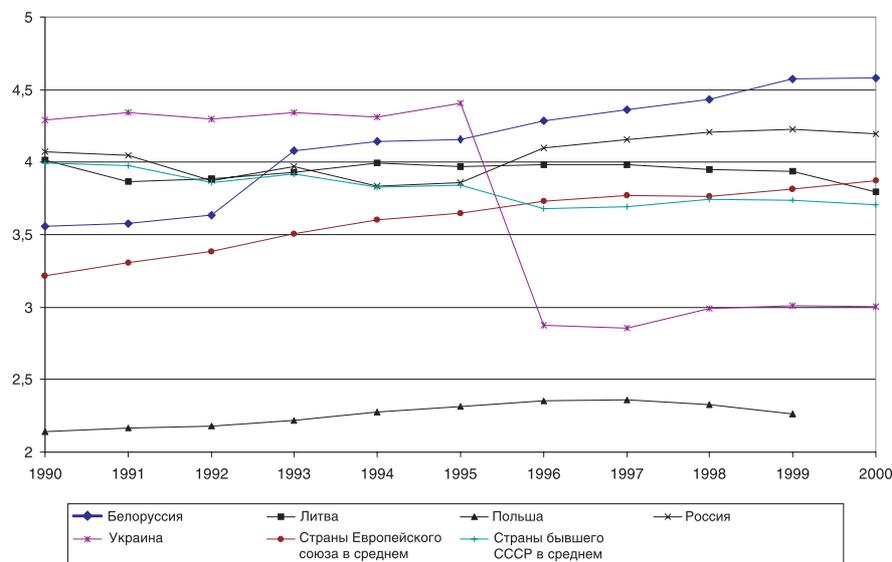
По международным меркам, в СССР всегда было изобилие медицинских работников, сохранилось оно и в современной России. Это следствие советского подхода к организации медицинского обслуживания — в СССР имелось множество медицинских центров, клиник, больничных коек, а отношение числа медицинских работников к числу больничных коек или к числу медицинских учреждений было относительно высоким. Поскольку врачи и медицинские сестры считались непроизводительной частью общества, их труд ценился низко, и руководство больниц и поликлиник не стремилось к сокращению штатов. Сейчас ситуация медленно меняется. Сегодня в России примерно 600 000 действующих врачей.

Динамика численности врачей в России, представленная на рис. 15, имеет ряд интересных особенностей. Во-первых, число врачей на 1000 населения в отображенном на рисунке периоде постоянно заметно выше, чем в среднем в странах Европейского союза. Во-вторых, и в России, и в странах бывшего СССР в 1990—1995 гг. этот показатель одинаково сокращался, а затем стал резко расходиться: в странах бывшего СССР он продолжил уменьшаться, а в России резко вырос. Ту же динамику численности врачей в России можно проследить и по табл. 14.

На рис. 16 большинство стран Европейского региона сравниваются по числу врачей на 1000 населения. В 2000 г. Россию по этому показателю опережали только две страны из числа стран бывшего СССР (Грузия и Белоруссия) и три — из западноевропейских стран (Греция, Италия и Испания).

Обеспеченность населения медицинскими сестрами в России тоже достаточно высока по сравнению со средними показателями европейских стран — превосходят Россию только Скандинавские страны, Бельгия, Нидерланды и Люксембург. По сведениям базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, в России в 2000 г. число медицинских сестер на 1000 населения составляло 7,9 (рис. 16 и табл. 14). Судя по рис. 17 и табл. 14, число медицинских сестер в России резко упало в 1991 г. и с тех пор едва заметно сокращается. Безусловно, большее число медицинских сестер часто оборачивается благом, ведь именно квалифицированные медицинские сестры составляют опору социального и первичного медицинского об-

**Рисунок 15. Число врачей на 1000 населения в России и ряде других стран в 1990—2000 гг.**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».

служивания. Однако в России медицинские сестры в основном представляют собой лишь помощниц врача, и в таком качестве их вряд ли требуется так много.

Фармацевтов и стоматологов в России тоже достаточно много, но они все чаще уходят в частный сектор, и данные об их числе приблизительны<sup>1</sup>.

Причин сокращения числа медицинских работников в первой половине 1990-х гг. несколько. Во-первых, в ряде стран, вышедших из состава СССР, обеспеченность населения врачами была немного выше, чем в России. Во-вторых, множество медицинских работников поспешили выйти на пенсию, посчитав, что уволиться проще, чем приспособиваться к новым порядкам. В-третьих, часть врачей и медицинских сестер потеряли работу, когда в связи с финансовыми трудностями закрывались мелкие сельские медицинские учреждения и клиники на предприятиях. Когда экономическая ситуация стабилизировалась, многие из последних вновь открыли, вернув и персонал.

Сокращение числа врачей отчасти обусловлено тем, что во второй половине 1980-х гг. государство, пытаясь устранить переизбыток медицинских кадров, сократило набор в медицинские институты. Именно поэтому в начале 1990-х гг. число молодых врачей в России сократилось, а в сочетании с

<sup>1</sup> В табл. 14 данные о числе фармацевтов после 1994 г. не приведены из-за их сомнительности.

**Таблица 14. Число медицинских работников в России, 1985—2000 гг.**

Число на 1000 населения	1985 г.	1990 г.	1992 г.	1994 г.	1996 г.	1998 г.	2000 г.
Практикующие врачи	3,87	4,07	3,87	3,83	4,09	4,21	4,19
Практикующие стоматологи	0,26*	0,28	0,29	0,30	0,31	0,32	0,32
Медицинские сестры	8,22	9,99	8,32	8,24	8,24	8,21	7,95
Акушерки	0,87	0,89	0,76	0,64	0,66	0,62	0,51
Действующие фармацевты	0,30	0,34	0,23	—	—	—	—
Выпускники медицинских факультетов институтов	—	0,14	0,16	0,17	0,17	0,17	0,10
Выпускники медицинских училищ	—	0,34	0,34	0,34	0,34	0,36	0,40

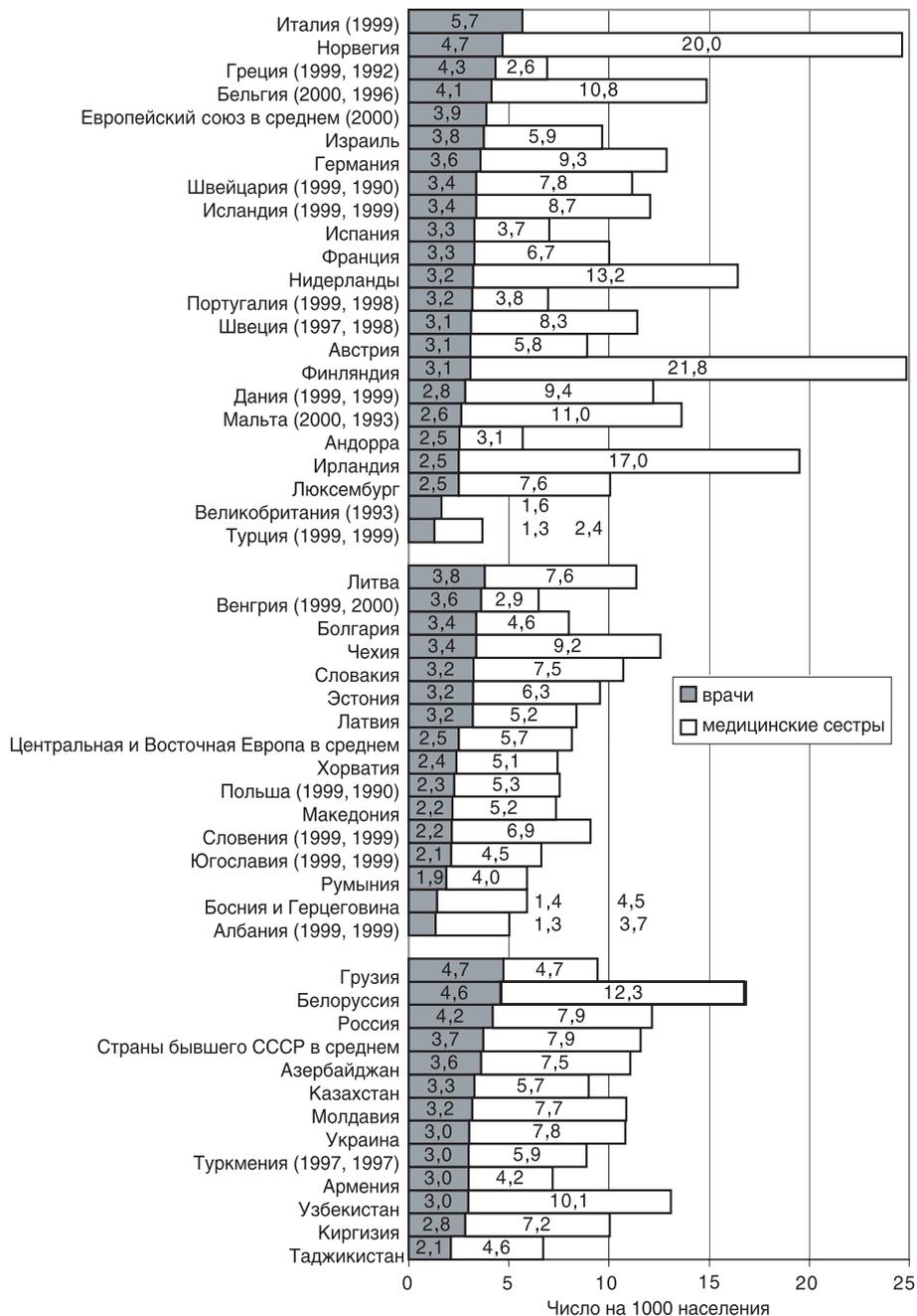
\* Данные за 1996 г.

База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

естественной утечкой кадров это привело к сокращению общего числа медицинских работников, которое, соответственно, не было связано с переменами в России. Одновременно в 1990-х гг. возросло число студентов медицинских институтов, поскольку федеральная власть больше не могла ограничивать набор в институты субъектов Российской Федерации. В результате во второй половине 1990-х гг. число молодых врачей превысило максимальный показатель, отмеченный в 1980-х гг. Примечательно, что число выпускников медицинских институтов продолжало расти до 1999 г., когда оно резко сократилось, и затем еще снизилось в 2000 г. Число выпускников медицинских училищ, напротив, в первой половине 1990-х гг. оставалось постоянным, а затем стало расти.

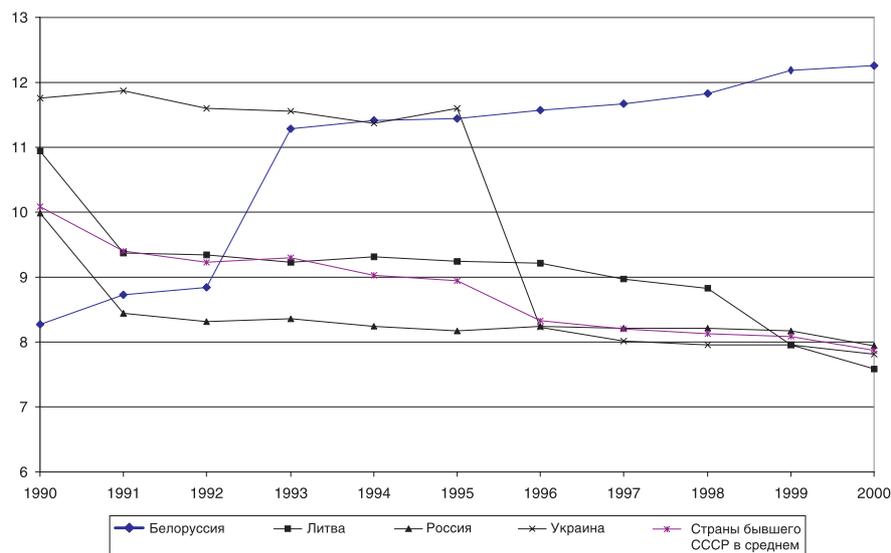
Учитывая низкие заработные платы, плохие условия труда и высокую степень недовольства медицинских работников, явная популярность медицинского образования нуждается в пояснениях. Судя по некоторым данным, будущих врачей и медицинских сестер привлекает престижность профессии и, несмотря на недовольство общества здравоохранением, они рассчитывают стать уважаемыми людьми. Кроме того, многих очаровывает милосердие будущей профессии. Очевидно, что, невзирая на официально низкую заработную плату, студенты медицинских институтов рассчитывают на достойный заработок. Примечательно, что, тогда как руководители здравоохранения надеются на повышение роли общей практики, большинство студентов по-прежнему стремятся получить узкую медицинскую специальность, прежде всего в сфере высоких медицинских технологий.

**Рисунок 16. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Европейского региона в 2000 г.**



Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».  
 Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках).  
 Число медицинских сестер в Италии, Великобритании и Европейском союзе неизвестно.

**Рисунок 17. Число медицинских сестер на 1000 населения в России и ряде других стран, 1990—2000 гг..**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех».

Диплом врача выдают после шестилетнего обучения в медицинском институте, а специализация, к которой стремится большинство выпускников, занимает два года интернатуры. В России выделяют больше врачебных специальностей, чем в большинстве европейских стран, — их перечень состоит более чем из восьмидесяти наименований. Число врачей-специалистов тоже велико. С одной стороны, это связано с обилием специальностей, а с другой — с особенностями прежней советской системы медицинского обслуживания, которая способствовала расширению стационарной и специализированной медицинской помощи. В СССР врачей общей практики и первичного медицинского обслуживания недооценивали, но сегодня необходимость отдать им предпочтение в России осознали. Соответственно, стала очевидной необходимость подготовки врачей общей практики. В 1992 г. с введением двухгодичного курса подготовки общая практика стала полноценной врачебной специальностью. С улучшением образования и навыков врачей общей практики должен прийти и почет к этой специальности.

Если ранее интернатура не являлась строго обязательной, сегодня приступить к работе, не закончив ее, невозможно.

Медицинские сестры в больницах и поликлиниках представляют собой лишь помощниц врача и не играют заметной роли в медицинском обслуживании. Правом лечить и принимать решения обладают только фельдшеры и акушерки. Чтобы получить такую квалификацию и занять место на переднем рубеже первичного медицинского обслуживания, медицинская сестра

обязана дополнительно учиться год-два. Обучением медицинских сестер ранее занимались врачи, недавно к ним присоединились и опытные медицинские сестры. Во многих медицинских институтах сегодня созданы факультеты высшего сестринского образования.

Недавно должное значение приобрело и умение управлять медицинским обслуживанием. Впервые в России начали готовить руководителей здравоохранения. Сегодня в Московской медицинской академии действует факультет управления здравоохранением, на котором получают последипломное образование руководители больниц. Сегодня, как и в советские времена, главный врач медицинского учреждения выполняет функции директора — решает кадровые вопросы, занимается распределением средств, отвечает за ремонт отделений и заключает договоры с финансирующими организациями (местной властью и страховыми компаниями или фондами). До недавнего времени считалось, что навыки решения финансовых и кадровых вопросов, достаточные для того, чтобы справляться с обязанностями главного врача, приходят с опытом, и специальной подготовкой руководителей медицинских учреждений почти не занимались. Сегодня при поддержке международных организаций разработаны специальные программы обучения руководителей больниц и поликлиник необходимым навыкам. Не все из них еще получили специальное образование, и курс управления здравоохранением пока не вошел в учебную программу медицинских институтов, но область руководства здравоохранением развивается.

Судить об эффективности перемен в кадровой политике и подготовке кадров, связанных с новыми требованиями к российскому здравоохранению, пока рано. Изменения в программе медицинских учебных заведений невелики — политические дисциплины из нее изъяты, а курс неинфекционных заболеваний расширен. Намерения будущих врачей остались прежними и не соответствуют новым стремлениям руководителей здравоохранения. Хотя уменьшением числа медицинских специальностей занимаются, возможность получить узкую специальность до сих пор не ограничена.

## **Лекарственные средства и медицинская техника**

За последнее десятилетие фармацевтическая промышленность и аптечная сеть в России изменились достаточно резко. До распада СССР потребность страны в лекарственных средствах в основном обеспечивали отечественные фармацевтические фабрики, а недостающие препараты закупали в странах Центральной Европы. Когда СССР прекратил существование, единая фармацевтическая промышленность распалась — выходя из состава СССР, бывшие республики (Россия, Белоруссия, Украина и в меньшей степени Казахстан и Киргизия) забирали свои фармацевтические фабрики. Российские фармацевтические фабрики (как и фабрики прочих стран бывшего СССР) пребывали в плохом состоянии и работали на устаревшем оборудо-

вании. С быстрым переходом к рыночной экономике производить лекарственные средства стало невыгодно и объемы их производства резко сократились. Причин тому множество: стремительный рост цен на сырье, энергию и транспорт; распад прежних производственных связей; отсутствие таможенных барьеров для импорта; высокая конкурентоспособность импортных препаратов; налоговые льготы для иностранных поставщиков. К 1997 г. объем производства отечественных лекарственных средств сократился на 60%, и производители резко повысили цены, в результате российские препараты не выдержали конкуренции с импортными. В докладе министерств здравоохранения и экономики о состоянии производства и продажи лекарственных средств в России в 1998 г. сказано, что объем производства лекарственных средств сократился в пять раз. К 1997 г. 120 фармацевтических фабрик, 21 завод, производящий компоненты лекарственных средств, и 42 научно-исследовательских института, синтезирующих иммунобиологические препараты, работали на 25—50% своих мощностей, а у 70—90% их оборудования истек срок эксплуатации (64).

Тем временем объем импортных лекарственных средств и их компонентов резко возрос. К 1997 г. 93% фармацевтических фабрик производили лекарственные средства из импортных компонентов, а в конце 1990-х гг. доля импортных лекарственных средств на фармацевтическом рынке достигла 65%. В 1999 г. объем отечественного фармацевтического производства вырос до 44,4%, но в 2001 г. он снова упал — до 33,3%. Одновременно резко повысились розничные цены на лекарственные средства. Несмотря на упадок фармацевтической промышленности, производители подняли цены на свою продукцию до международного уровня, и в долларах США выпуск лекарственных средств за четыре года возрос на 150% по сравнению с 1997 г. В феврале 2002 г. розничные цены на лекарственные средства превышали таковые в феврале 2001 г. на 10%.

В 1997 г. в российской фармацевтической промышленности наступило улучшение, и крупные фармацевтические компании смогли получить удовлетворительный уровень чистой прибыли. В 2001 г. лекарственных средств было выпущено на общую сумму 916,1 млн долларов США — на 4,5% больше, чем в предыдущем году. Началась модернизация ряда фармацевтических фабрик, открывались новые производственные мощности. По оценкам, 70% фармацевтических фабрик было приватизировано. К 1997 г. потребление в России лекарственных средств достигло 70% уровня, который был отмечен до начала реформ.

Основными покупателями фармацевтической продукции являются правительство, региональные и местные власти, больницы, поликлиники, аптеки и потребители. Хотя сегодня правительство покупает на так много лекарственных средств, как раньше, оно продолжает играть важную роль для фармацевтической промышленности, поскольку именно оно обеспечивает лекарственными средствами федеральные целевые программы («Сахарный диабет», «Безопасное материнство», «Дети России», «Вакцинопрофилактика» и другие). Когда Россия стала независимым государством, система централизованного лекарственного обеспечения распалась, и субъекты

Российской Федерации разработали собственные программы закупок лекарственных средств. Препараты для больниц закупают территориальные фонды ОМС или сами больницы. На ранних этапах приватизации лекарственным обеспечением больниц по договорам с фондами ОМС стали заниматься региональные фармацевтические компании<sup>1</sup>. Чтобы добиться серьезной экономии средств, от прямых закупок препаратов больницами начали отказываться. Все чаще фонды ОМС закупают лекарственные средства на конкурсной основе, изучая предложения и региональных фармацевтических компаний, и частных оптово-розничных компаний, которые нередко выигрывают конкурс.

Система распространения лекарственных средств в России отличается крайней раздробленностью. Зарегистрировано около 350 оптовых фармацевтических компаний. Из них менее тридцати действуют по всей стране, некоторые компании организованы по принципу пирамиды, некоторые имеют собственное производство в России или других странах СНГ или собственную сеть аптек в крупных городах. Около 10% оптовых фармацевтических компаний являются импортерами, остальные 90% либо распространяют только отечественную продукцию, либо перепродают импортные препараты, закупленные импортерами.

Оптовые фармацевтические компании можно условно разделить на четыре категории. (1) Региональные фармацевтические компании — занимаются лекарственным обеспечением государственных медицинских учреждений, продают оптом препараты аптекам, содержат собственную аптечную сеть. Руководство часто имеет опыт работы еще в советской фармацевтической системе. (2) Бывшие государственные фармацевтические компании, выкупленные в частную собственность, обычно с прежним руководством. (3) Новые коммерческие частные фармацевтические компании — некоторые со временем превратились во всероссийские «компании-пирамиды». (4) Международные фармацевтические компании — работают по принятым на Западе правилам, все расположены в Москве, многие содержат аптечную сеть.

В России насчитывается 16 000—19 000 аптек. Из них 23% принадлежат региональным властям, 60% — местным властям и 17% являются частными. Помимо аптек имеется еще 50 000 аптечных киосков. Число розничных фармацевтических учреждений растет очень быстро.

Госпитализированные больные получают лекарственные средства бесплатно, амбулаторные покупают их сами. Средства на лекарственные препараты больница берет из своего бюджета или получает от страховой компании по договору ОМС. Тем не менее большинство больных вынуждены покупать назначенные препараты. По оценкам, лекарственное обеспечение госпитализированных больных на 80% оплачивается их собственными средствами. Прежде всего виновно в этом плохое финансирование больниц. Почти все препараты, кроме тех, что необходимы в целях общественного

---

<sup>1</sup> Эти предприятия часто считают государственными, однако на самом деле они являются акционерными, и государству принадлежит лишь часть акций, иногда меньшая.

здравоохранения (инсулин, вакцины, противотуберкулезные средства и так далее), больница покупает по рыночным ценам. В такой ситуации лекарственные средства часто становятся недоступны для нее, как из-за скудости бюджета, так и из-за нередко избыточных назначений<sup>1</sup>. Неспособность правительства, региональных и местных властей своевременно переводить больницам средства на лекарственное обеспечение к тому же оборачивается экономическими трудностями для отечественных фармацевтических фабрик — поставив препараты в больницы, они подолгу ждут оплаты.

Амбулаторные больные покупают лекарственные средства в аптеках. Некоторые из них были приватизированы сразу после распада СССР, большинство же остались государственными, но вскоре из-за отсутствия государственного финансирования стали действовать на частной основе. Одновременно появились новые частные аптеки. Современные российские частные аптеки — это коммерческие предприятия, которые закупают препараты у фармацевтических компаний, в том числе импортеров, и продают их в розницу. Несмотря на свою новую сущность, они обязаны бесплатно обеспечивать лекарственными средствами льготные категории граждан, получая компенсацию за них у местных властей. Последние, однако, часто задерживают оплату, и многие аптеки отказываются обслуживать льготные категории граждан. В большинстве районов страны действуют и государственные аптеки, призванные гарантировать льготное лекарственное обеспечение, однако их ассортимент часто недостаточен. Так, в ассортименте государственной аптеки обычно имеется 500—700 наименований, частной — свыше 2000 наименований.

Благодаря импорту доступность лекарственных средств возросла, однако потребительские возможности населения сократились, и многим россиянам необходимые препараты не по карману (43, 65). Тем не менее в целом сегодня больше амбулаторных больных имеют возможность принимать назначенные препараты. Об этом свидетельствует многолетнее исследование, начатое в 1994 г. По его данным, в 1994 г. купить все назначенные врачом средства могли 62% опрошенных, в 1995 г. — 70%, в 1996 г. — 75%, в 2000 г. — 78% (65). И все же до сих пор почти каждый пятый больной купить назначенные препараты не в состоянии. Если раньше больные не могли выполнять назначения врача из-за отсутствия в продаже препаратов и нехватки денег, сегодня на первый план выходит последняя причина: в октябре 2000 г. среди тех, кому назначенные препараты оказались недоступны, отсутствием денег это объяснили 66% городских жителей (в 1994 г. — 20%) и 70% сельских жителей (в 1994 г. — 25%). Большинство лекарственных препаратов (74% в городах и 84% в сельской местности) потребители покупают в государственных аптеках, однако частные аптеки приобретают все большее значение. Среди тех, кто мог позволить себе принимать все или неко-

---

<sup>1</sup> Высокие цены на лекарственные средства все же заставили руководство больниц следить за тем, какие препараты и в каком количестве назначают врачи. Главные врачи некоторых больниц пересматривают все назначения, чтобы обеспечить оправданность затрат на лекарственное обеспечение.

торые назначенные врачом препараты, право на их бесплатное получение имели 15% (65).

По данным исследования 1998 г., хотя бы один член половины опрошенных семей в прошедшем году по крайней мере однажды не мог позволить себе купить назначенный ему препарат и более чем в 20% семей член семьи не мог купить назначенное ему сердечно-сосудистое средство (43) (подробнее этот вопрос обсуждается в разделе «Платные медицинские услуги»).

Истинный спрос на лекарственные средства, определяемый потребностями населения, важно отличать от платежеспособного спроса, который зависит от платежеспособности вероятных покупателей (властей, страховых фондов, потребителей). Истинный спрос на лекарственные средства в России определяют значительная доля пенсионеров, лиц с хроническими заболеваниями, население районов с загрязненным воздухом (по оценкам, 85% населения) и высокая распространенность инфекционных заболеваний. Платежеспособный спрос обладает существенными межрегиональными отличиями, он зависит от экономического положения района, бюджета региональной или местной власти, уровня доходов граждан. В России платежеспособный спрос на лекарственные препараты определенно ниже истинного.

Потребление лекарственных средств в России, соответственно, является относительно низким. В 1996 г. потребление лекарственных средств на душу населения составляло 33% уровня Германии и 20% уровня США (64). Потребность же населения страны в лекарственных препаратах обеспечивалась лишь на 60%. Низкий по сравнению с западными странами уровень потребления лекарственных средств привлек в Россию иностранные фармацевтические компании, многие из которых своей крайне агрессивной рекламой привели в замешательство как потребителей, так и врачей. В 1992 г. перечень разрешенных к продаже лекарственных средств включал 5000 наименований, а в 1998 г. — уже 12 000. Сегодня Государственный реестр лекарственных средств содержит 140 000 наименований, многие из которых врачам неизвестны. При подобной свободе фармацевтического рынка управлять им невозможно. Для сравнения: большинство европейских стран удовлетворяет свои потребности перечнем в несколько тысяч лекарственных средств. Многие продаваемые в России препараты не обладают доказанной эффективностью. Официальные сведения о лекарственных препаратах доступны: их содержат выпускаемые под руководством Министерства здравоохранения Государственный реестр лекарственных средств и справочники зарегистрированных в России лекарственных средств. Тем не менее рекламная информация поступает к потребителю быстрее.

Не всегда обеспечены сведениями о лекарственных средствах и больницы. Непривычные к рекламе россияне легко ей поддаются и еще активнее требуют рецепты при каждом визите к врачу. Отсутствие контроля за рекламой лекарственных средств привело к тревожным явлениям. Так, анальгетики на основе кодеина, которые необходимо продавать только по рецепту, были широко разрекламированы по телевидению и находились в свободной

продаже в аптеках и аптечных киосках. Сегодня реклама лекарственных средств ограничена законодательством, но выполняется оно не в полной мере. Слабо развиты в России и контроль, и нормы качества лекарственных средств. В результате российский рынок оказался наводнен препаратами, распространение которых в других странах ограничено либо запрещено, малоэффективными и бесполезными, а также сомнительного качества импортными средствами из дальневосточных и восточноевропейских стран (66). Врачи, назначая лекарственные средства, нередко больше внимания уделяют не качеству, а стоимости.

В 2002 г. в Москве прошел съезд Международной ассоциации производителей лекарственных средств, на котором было заявлено, что в 2001 г. рынок рецептурных лекарственных средств на 12% был наводнен поддельными препаратами, что для законопослушных производителей оборачивается убытками в 250 млн долларов США в год. Законы, направленные против фальсификации лекарственных средств, слабы, и взыскания за нее либо незначительны, либо отсутствуют. Изъятые из продажи фальсифицированные лекарственные средства не конфискуют и не уничтожают, и они часто вновь поступают на рынок. Направленные на решение этих вопросов поправки к закону находятся на рассмотрении Думы с 2001 г.

Децентрализация власти изменила нормирование фармацевтической отрасли. С одной стороны, в нем появились положительные сдвиги, но с другой — оно стало более непоследовательным, чем в 1980-х гг. Обязанности по нормированию распределены между уровнями власти. Министерство здравоохранения пересматривает нормативные документы, следит за распределением учетных препаратов и выдает государственные лицензии. Местные власти следят за распространением лекарственных средств, в том числе за аптеками. Контроль за фармацевтическими предприятиями осуществляют Министерство здравоохранения и Министерство промышленности, науки и технологий, которые следят за соблюдением производственных нормативов, и санитарно-эпидемиологическая служба, которая проверяет санитарное состояние.

Для управления ценами на лекарственные средства используют разные методы. Министерство здравоохранения регистрирует препарат и цену производителя на него. Затем устанавливается предельная надбавка к цене производителя, призванная сдерживать розничную цену на препарат. Ограничивают как оптовую, так и розничную надбавку. В соответствии с российским законодательством, оптовая надбавка к установленной производителем цене препарата из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств не должна превышать 25%, а розничная цена препарата не должна превышать оптовую более чем на 30% (максимальные надбавки к ценам на остальные препараты немного выше). В действительности региональные власти должны устанавливать свои максимальные надбавки в определенном законом пределе, и поэтому цены на лекарственные средства различаются в разных субъектах Российской Федерации. Теоретически, надбавку должен делать первый оптовый покупатель, но на деле каждый перекупщик так или иначе пытается проигнорировать существование надбав-

ки к оптовой цене, и в результате многократных перепродаж итоговая розничная надбавка достигает 120—200%<sup>1</sup>.

Тогда как законодательная основа российского здравоохранения в целом недоработана, государственный контроль в отношении поступающих на российский рынок лекарственных средств и прочих товаров медицинского назначения организован весьма основательно. Имеются и закон о лекарственных средствах, и система государственной регистрации, сертификации и контроля качества. Все лекарственные средства и биологические препараты по закону должны быть зарегистрированы в Министерстве здравоохранения. Регистрационные удостоверения оформляет и выдает Бюро по регистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения, созданное при Инспекции государственного контроля лекарственных средств и медицинской техники Министерства здравоохранения. Сертификацию лекарственных средств проводят лаборатории, аккредитованные Госстандартом России<sup>2</sup>. Таким образом, государство строго следит за лекарственными средствами и медицинской техникой, опираясь на жесткие и многочисленные нормативные акты. Тем не менее, имеются и некоторые сложности: нормативы не всегда соблюдаются, вовремя обновляются и так далее.

Федеральная и региональные власти предпринимают шаги по созданию перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств с тем, чтобы обеспечить их доступность (прежде всего для уязвимых групп населения) и экономически целесообразное распределение. В 1996 г. правительство утвердило перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и рекомендовало обеспечить ими население и государственные медицинские учреждения. Помимо прочего, эта деятельность была направлена на поддержку отечественного производителя, которому выпуск средств из перечня приносил налоговые льготы. Однако в данный перечень вошли многие отечественные препараты, не отвечающие критериям «жизненно необходимых и важнейших». Больницам же и поликлиникам было предложено ограничиться назначением препаратов из перечня.

Перечень важнейших препаратов существует не в единственном, составленном федеральным руководством, варианте. С определенными целями перечни разрабатывают и власти субъектов Российской Федерации. Как правило, региональный перечень шире федерального, и на его основании осуществляют лекарственное обеспечение государственных медицинских учреждений и компенсируют затраты на медикаментозные средства. Собственные перечни составляют и владельцы ведомственных медицинских учреждений (министерства и предприятия), и крупные страховые компании. Основные критерии для включения препарата в перечень — его эффективность, безопасность и стоимость. Но на составление перечней влияют и другие факторы (и здесь Россия — не исключение): учитывая, что лекарствен-

<sup>1</sup> Очень часто на относительно дешевые препараты надбавки устанавливают выше, а на более дорогие — ниже.

<sup>2</sup> Государственный комитет по стандартизации и метрологии России.

ным средствам из перечня гарантирован спрос, производители, добиваясь включения в него своих препаратов, идут на различные ухищрения и дают взятки.

В последние годы правительство страны старается поддержать медицинскую промышленность. В частности, в 1998 г. принята федеральная целевая программа «Развитие медицинской промышленности в 1998—2000 годах и на период до 2005 года». В ней предлагается расширять и совершенствовать медицинские предприятия с тем, чтобы на 70% обеспечить потребности населения и здравоохранения в лекарственных средствах и прочих товарах медицинского назначения отечественной продукцией. К сожалению, государственный бюджет финансирует программу недостаточно. Сегодня становится все больше производителей, которые привлекают средства на свое развитие, стремясь соответствовать «Правилам производства лекарственных средств и контроля за их качеством» (Good Manufacturing Practice, GMP). Российские Правила приняты в 1998 г., а на переход к ним производителям отведено пять лет. Теоретически, по истечении этого срока производство, не соответствующее Правилам, будет закрыто, но серьезно к соблюдению Правил отнеслись немногие производители.

Сегодня в России поощряют назначение непатентованных препаратов. Этому мешает ряд препятствий: ненадежность поставок непатентованных средств, давление на потребителей и врачей рекламы патентованных препаратов, недоработки в системах возмещения затрат на лекарственные средства и в медицинском страховании. Тем не менее из-за выраженной разницы в цене на внутреннем рынке непатентованные средства в целом воспринимаются лучше патентованных. Списка средств, расходы на которые не возмещаются, не существует.

И государство, и субъекты Российской Федерации добиваются большей целесообразности назначений и показаний к применению лекарственных средств. С этой целью создаются перечни лекарственных средств, фармакологические справочники, разрабатываются рекомендации по медикаментозному лечению. Повсеместно при поддержке законодательства распространялись конкурсные закупки лекарственных средств государственными учреждениями.

В 1997 г. создан Федеральный центр по изучению побочных действий лекарств, сегодня он участвует в соответствующей программе ВОЗ. Центр успешно сотрудничает с подобными ему организациями в субъектах Российской Федерации, но добиться всероссийского влияния ему еще предстоит.

Все большее значение в управлении фармацевтической отраслью приобретают профессиональные объединения, такие, как ассоциации фармацевтов, производителей и поставщиков лекарственных средств. Существенные изменения наблюдаются в подготовке и последипломном образовании фармакологов и провизоров, деятельности учебных фармацевтических заведений, как частных, так и государственных.

Принципы доказательной медицины начинают внедрять, но работа в этом направлении предстоит еще огромная. Постепенно развивается экономическое изучение лекарственных средств.

С началом децентрализации отсутствие федерального закона о лекарственных средствах многие субъекты Российской Федерации компенсировали собственным законодотворчеством. Постепенно эта деятельность сокращалась, и сегодня федеральные и региональные власти четко разделили свои обязанности. Всероссийским значением обладает федеральный закон 1998 г. «О лекарственных средствах», в котором четко определены функции федеральной власти. Помимо него федеральной властью выпускаются постановления и распоряжения, которые служат основой для разработки соответствующих региональных документов.

Использование новой медицинской техники в основном не регламентировано. Пока этот вопрос не столь важен — на покупку новой техники в российском здравоохранении нет средств, поскольку капитальные вложения по всей стране крайне малы.

Теоретически, оплата медицинского обслуживания каждого больного включает средства на текущие закупки и содержание медицинской техники. Если же медицинское учреждение хочет приобрести новейшее или дорогое оборудование, оно должно попросить средства на него у страховой компании, с которой у него заключен договор. Страховые компании должны следить за закупками и оплачивать только те из них, что действительно необходимы для местного здравоохранения, и прежде всего для первичного медицинского обслуживания и профилактики. На деле же страховые компании не смогли ни управлять закупками медицинской техники, ни поддержать программу капиталовложений. Пока вся новая медицинская техника приобреталась на средства местного бюджета — за счет налоговых поступлений.

В немногочисленных обеспеченных средствами областях жесткий надзор за закупками отсутствует. Импортную технику в основном покупают по решению местных финансирующих организаций. Ни для приобретения, ни для эксплуатации нового оборудования разрешения не требуется, а обучением медицинского персонала работе на новом оборудовании занимаются его поставщики. Опыт показывает, что местные власти чаще удовлетворяют запросы больниц и специалистов, покупая без особой нужды сложнейшее и тончайшее оборудование, и не учитывают перспективы его использования и необходимость поддерживать первичное медицинское обслуживание и профилактику.

## Распределение средств

Система распределения средств от финансирующих органов к медицинским организациям и далее к медицинскому учреждению сегодня состоит из двух почти не связанных компонентов. Один представлен федеральной и местными властями (бюджетное финансирование), другой — медицинским страхованием (страховое финансирование). Относительная роль этих компонентов в разных субъектах Российской Федерации различна. Двухкомпонентность системы распределения средств обусловлена незавершенностью реформы финансирования здравоохранения. Сегодня страховые и бюджетные средства в каждом районе участвуют в финансировании здравоохранения в разной мере, которая зависит от местной экономической и политической ситуации.

Местные власти в экономически неблагополучных районах испытывают гораздо больше затруднений. Попытки Федерального фонда ОМС уравнивать условия финансирования здравоохранения во всех субъектах Российской Федерации не достаточны, чтобы справиться с крайне разным состоянием региональных бюджетов здравоохранения. В экономически успешных районах территориальные фонды ОМС тоже действуют лучше, и поэтому неравномерность финансирования усугубляется. На выравнивание условий финансирования выделяется лишь 5,5% всех страховых поступлений — не более чем символическая сумма<sup>1</sup>. Под давлением меняющихся обстоятельств местные власти выбирают различные методы распределения средств.

## Бюджет здравоохранения и распределение средств

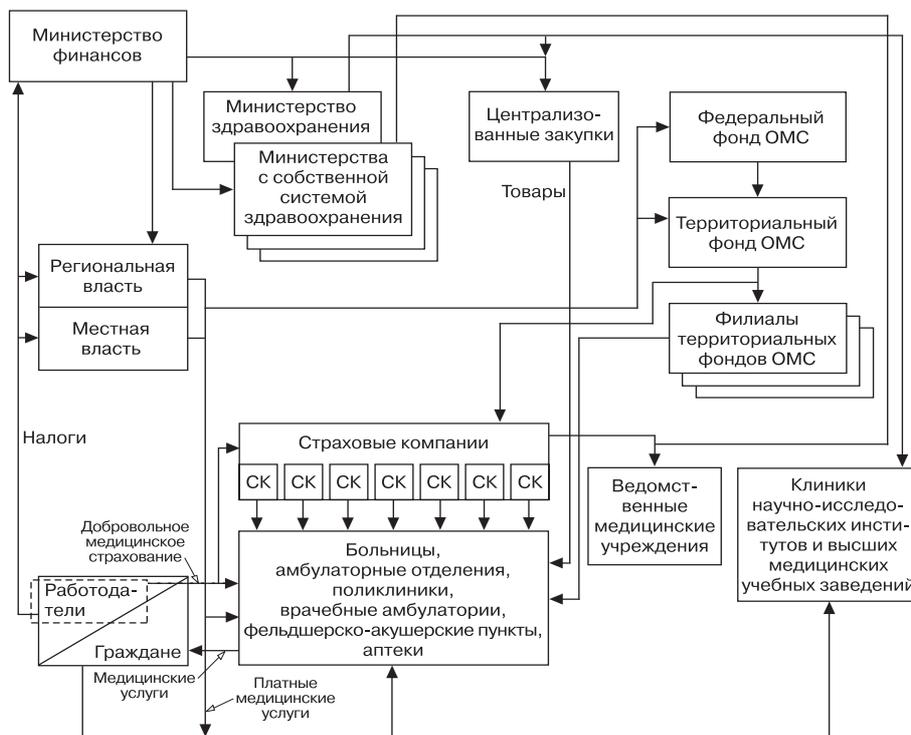
Схема финансовых потоков в здравоохранение представлена на рис. 18.

Бюджет здравоохранения ежегодно составляют Министерство здравоохранения и Министерство финансов. Они изучают затраты учреждений и

---

<sup>1</sup> Как уже отмечалось, взнос в ОМС составляет 3,6% фонда оплаты труда: 3,4% поступает в территориальный фонд ОМС и 0,2% — в Федеральный фонд ОМС на выравнивание условий страхового финансирования в субъектах Российской Федерации.

Рисунок 18. Схема финансовых потоков



База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, отдел управления здравоохранением.

программ здравоохранения, которые получают федеральное финансирование за счет налогов — Министерства здравоохранения, федеральных медицинских учреждений, федеральных целевых программ (включая иммунизацию населения).

Кроме того, Министерство здравоохранения и Федеральный фонд ОМС каждый год рассчитывают, сколько средств потребуется на обеспечение основного набора бесплатных медицинских услуг (по программе государственных гарантий, см. раздел «Набор медицинских услуг») стране в целом и каждому субъекту Российской Федерации — с поправкой на данные о заболеваемости. Результаты расчетов утверждает Министерство финансов. Затем на их основании каждый субъект Российской Федерации получает рекомендации по затратам на здравоохранение на будущий год. Рекомендации силы закона не имеют. Объем рекомендуемых затрат на региональное здравоохранение распределяется следующим образом: две трети средств должны быть направлены на оплату основного набора бесплатных медицинских

услуг в рамках первичного и специализированного медицинского обслуживания (через систему ОМС) и треть — на оплату специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи и региональные программы здравоохранения (из регионального бюджета).

Уровень взносов работодателей в ОМС определен федеральной властью. Уровень взносов местных властей за неработающих граждан (пожилых, детей, инвалидов и безработных) законодательно не установлен, и каждый субъект Российской Федерации устанавливает его самостоятельно<sup>1</sup>. В соответствии с законом о медицинском страховании 1993 г., все взносы в ОМС (из бюджетов и от работодателей) и отчисления на здравоохранение от местных властей (формируются за счет налогов, арендных и прочих поступлений) должны быть объединены в общий фонд средств регионального или местного здравоохранения. Однако обычно власти субъекта Российской Федерации вносят лишь часть средств, необходимых для оплаты медицинского обслуживания своего населения (подробно этот вопрос обсуждается в разделе «Дополнительные источники финансирования»). В итоге средства региональной системы ОМС составляют не две трети всех затрат на региональное здравоохранение, а лишь треть от необходимых двух третей. Местные власти вместо того, чтобы оплачивать ОМС неработающих граждан, предпочитают выделять средства непосредственно медицинским учреждениям, поскольку таким образом им проще регулировать свои расходы. Треть затрат на региональное здравоохранение (в частности, на высокоспециализированное медицинское обслуживание) возложена на региональный бюджет. Основная часть этих затрат поступает в региональные медицинские учреждения и небольшая доля — в медицинские учреждения федерального уровня.

Общий объем финансирования регионального здравоохранения, таким образом, зависит не столько от рекомендаций министерств, сколько от прежних потребностей медицинских учреждений (зависят от штатного расписания, коечного фонда и постоянных затрат), умения властей получать доход, устоявшихся правил и методов распределения средств, работы региональной системы ОМС (с учетом того, что местные работодатели не всегда способны выполнять свои обязательства по ОМС).

Иногда к двум основным финансовым потокам присоединяются дополнительные. Их образуют средства, поступающие в медицинские учреждения за обслуживание по договорам — между предприятием и медицинским учреждением; между страховой компанией и ведомственным медицинским учреждением (в остальных случаях финансирование ведомственных и обычных медицинских учреждений не совпадает). Еще один вероятный источник финансирования государственного медицинского учреждения — добровольное медицинское страхование. Значительный вклад в общий объем средств здравоохранения вносят платные медицинские услуги и взятки. Ни один из дополнительных финансовых потоков не учитывается при состав-

<sup>1</sup> Самый меньший вклад в ОМС неработающих граждан составил 1 коп. (0,0003 доллара США) на душу населения в год.

лении бюджета здравоохранения и должным образом не контролируется, но все они приносят, похоже, основной объем средств в здравоохранение.

Некоторое количество средств на здравоохранение субъекты Российской Федерации получают от Министерства финансов. Эти средства являются бюджетными ассигнованиями на социальное обслуживание. Сколько из них должно пойти на здравоохранение, сколько на образование, а сколько на прочие социальные сферы, не указывается. Объем отчислений на здравоохранение Министерство финансов определяет, исходя из потребностей регионального здравоохранения, но непосредственно распределяет отчисления сама региональная власть. За ее решениями не следят, и сведения о том, сколько из полученных средств региональная власть отвела на здравоохранение, государство не собирает. Региональная власть распределяет полученные средства между местными властями, которые тоже вправе решать, как ими распорядиться. Кроме того, местные власти пополняют собственный бюджет здравоохранения за счет налогов. В официальной статистике средства федерального бюджета, направленные на региональное здравоохранение, отражены как средства регионального бюджета, а средства, переведенные региональной властью на местное здравоохранение, — как средства местного бюджета.

От регионального здравоохранения к федеральному средства тоже поступают. Теоретически, существует ряд медицинских учреждений федерального уровня, которые должны оказывать медицинскую помощь жителям субъектов Российской Федерации бесплатно (за счет центрального финансирования). На деле это положение не выполняется ввиду скудного финансирования этих учреждений. В результате за лечение в таком медицинском учреждении должны платить либо региональные власти, либо сам больной. Министерство здравоохранения поручило принимать больных из субъектов Российской Федерации 67 из 273 федеральных стационаров. Все они оказывают высокоспециализированную дорогостоящую медицинскую помощь. Предполагалось, каждый такой стационар примерно четверть своих услуг будет оказывать больным из субъектов Российской Федерации, но они этой возможностью пользуются гораздо реже из-за необходимости платить за лечение.

Фонды ОМС собирают страховые взносы и переводят их страховым компаниям из расчета на душу населения. Страховые компании (в их отсутствие — территориальные фонды ОМС или их филиалы) заключают с медицинскими учреждениями договоры и оплачивают их услуги в соответствии с методами, способствующими более экономному использованию средств. Методы оплаты должны соответствовать интересам финансирующей стороны и объему предоставленной помощи. Однако на деле они чаще основаны на привычных подходах к финансированию, а внедрением новых методов, которые заставили бы медицинские учреждения стремиться к экономической эффективности (подробнее обсуждаются в следующем разделе), страховые компании почти не занимаются.

Федеральный фонд ОМС должен управлять финансовыми потоками и выравнивать финансирование здравоохранения в субъектах Российской Федерации

Федерации, которое крайне неравномерно из-за разницы между фондами оплаты труда. Последнюю задачу надлежит осуществлять за счет средств фонда, взносы в который составляют 0,2% фонда оплаты труда. Этих средств недостаточно, чтобы устранить неравномерность финансирования, и в основном здравоохранение постоянно испытывает недостаток средств.

## Финансирование больниц

Раньше больницам выделяли постатейный бюджет, основным критерием для расчета которого служило число коек. Поликлиники финансировались по тем же принципам, но вместо числа коек использовалось предполагаемое число посещений. Ежегодно осуществлялось финансирование по установленной федеральным руководством формуле, которая учитывала инфляцию, расширение медицинского учреждения и так далее. Таким образом, медицинские учреждения, чтобы получить больше средств, стремились расширяться.

Переход на частично страховое финансирование должен был изменить интересы медицинских учреждений. Считалось, что страховые компании установят новые методы финансирования, которые заставят больницы сокращать сроки госпитализации и целесообразнее назначать диагностические исследования. Больницы должны были получать предварительную оплату своих услуг, при которой стоимость каждой госпитализации жестко устанавливалась в соответствии с диагностической группой. Финансирование поликлиник предполагалось осуществлять различными методами, которые должны были заинтересовать врачей не направлять больных на госпитализацию, а лечить амбулаторно. Кроме того, около 30% своих средств больницы и поликлиники должны были получать от местной власти, которая должна была учитывать их фактические издержки. На деле новое финансирование происходит сложнее, и сегодня методы финансирования больниц отличаются от предложенных изначально.

В районах, где медицинское страхование действует в полную силу, территориальные фонды ОМС заключают договоры на обслуживание застрахованного населения со страховыми компаниями. Когда ОМС только появилось, средства на каждого застрахованного территориальный фонд ОМС выделял страховой компании предварительно. Страховая компания затем заключала договор с местным медицинским учреждением (больницей, поликлиникой, диспансером) на предоставление основного набора медицинских услуг. Этот набор устанавливали Министерство здравоохранения и Федеральный фонд ОМС. Цены на медицинские услуги устанавливали по территориальному тарифному соглашению. Сегодня эти принципы соблюдаются, но за исключением одного — важнейшего: территориальные фонды ОМС выделяют страховым компаниям средства не предварительно, а по предоставленной смете расходов. Это принципиальное изменение подхода к выделению средств страховым компаниям обусловлено опасениями в финансовых злоупотреблениях. Они возникли после проверки затрат и сбережений страховых компаний. Выяснилось, что огромные суммы

(около 100 млн долларов США) исчезли бесследно, а кроме того, были выявлены некоторые, мягко говоря, серьезные нарушения в управлении. Корень зла усмотрели в том, что страховые компании, получая сразу много средств, слишком свободно и необдуманно ими распоряжаются.

В свою очередь, страховые компании (в их отсутствие территориальные фонды ОМС или их филиалы) тоже выделяют средства медицинским учреждениям по предоставленной смете расходов. При таком методе выделения средств полностью исключена возможность повлиять на работу больниц, а именно вынудить их расходовать средства экономнее. Таким образом, сложившийся метод финансирования привел к появлению двух тесно связанных вопросов: о роли страховых компаний и влиянии ОМС на работу больниц.

## Роль страховых компаний

Страховые компании (там, где они есть) оплачивают больницам каждую госпитализацию. Этот метод оплаты больше всего напоминает оплату по клинико-затратным группам. При нем для каждого состояния указывается срок госпитализации, набор лечебных и диагностических процедур, норм медицинского обслуживания<sup>1</sup>. Риска страховые компании, однако, не несут. Они выделяют медицинским учреждениям средства из расчета на госпитализацию или на обращение, а затем сообщают о каждой статье своих затрат в территориальный фонд ОМС. Они не пытаются вводить ограничения на число оплачиваемых ими госпитализаций или посещений и не поручают больницам ограничивать спрос на их услуги. Таким образом, страховая компания просто обеспечивает местное население медицинской помощью, никоим образом не ограничивая объем стационарной помощи. Единственное ограничение на медицинское обслуживание заключается в том, что договоры ОМС включают только основной набор медицинских услуг. Объем же этих услуг страховая компания не ограничивает.

Страховые компании стали заниматься только выписыванием и оплатой счетов. Вместо того чтобы получать доход, благодаря сбережениям от получаемых ими средств на каждого застрахованного, они получают его в виде процентной ставки на каждую внесенную в счет услугу. В итоге страховая компания не стремится ни ограничить объем медицинских услуг, ни повлиять на медицинские учреждения, чтобы те сократили затраты или боролись с лишними назначениями. Таким образом, страховая компания превратилась в чиновничье учреждение, которое оплачивает счета больниц и берет с них процент и на примитивном уровне следит за работой больницы и соблюдением в ней норм медицинского обслуживания.

---

<sup>1</sup> Страховые компании, больницы, субъекты Российской Федерации часто по-разному определяют «медико-социальные стандарты», поскольку в СССР взгляды на показатели медицинского обслуживания менялись, а получить единое представление о них не позволяли ограниченный доступ к зарубежным медицинским изданиям и слабое представление о растущем значении доказательной медицины в мире.

Все перечисленные недостатки были обозначены в обзоре состояния медицинского страхования в Москве и Санкт-Петербурге в 1996 г. В нем указывалось, что страховые компании беспрепятственно расходуют средства, превышающие объем финансирования медицинского обслуживания на душу населения. Исследование показало, что территориальные фонды ОМС продолжают оплачивать все и любые счета, с каждого из которых страховые компании берут 8%. Безусловно, у медицинских учреждений появились и новые искаженные интересы, которые свидетельствуют, что страховые компании вряд ли способны сдерживать затраты на здравоохранение. Напротив, они даже договариваются с медицинскими учреждениями, чтобы те указывали в счетах как можно большие суммы. Не в пользу страховых компаний свидетельствует и то, что основная часть договоров ОМС заключена с больницами, — это способствует преобладанию стационарной помощи над амбулаторной. Сегодня недостатки в деятельности страховых компаний пытаются устранить, однако при этом встает вопрос о жизнеспособности самой системы медицинского страхования.

## Влияние ОМС на работу больниц

Для медицинских учреждений 1990-е гг. стали периодом изменения методов финансирования, которые существенно различаются в разных районах страны. Как видно из табл. 15, в 1997 г. большинство больниц (более 58%), работающих по договорам ОМС, получали средства по клиничко-затратным группам, а меньшинство (5,5%) — постатейный бюджет.

Следует отметить, что в табл. 15 учтены только больницы, с которыми договоры ОМС заключили страховые фонды, а данные о тех, с которыми договоры заключали страховые компании, в нее не вошли<sup>1</sup>. Тем не менее, по всей вероятности, страховые компании используют те же новые методы финансирования, что и фонды ОМС. В целом договоры с фондом ОМС или страховой компанией заключили около 80% российских больниц, но структуру их финансирования точно установить невозможно.

Новые методы финансирования больниц распространяются только на оплату услуг, включенных в договор с фондом ОМС или страховой компанией. В среднем эти доходы составляют лишь треть общего объема финансирования больницы. Остальные две трети средств больница получает из местного бюджета, причем их выплачивают на основании старых подходов, то есть исходя из постатейного бюджета.

Введение новых методов финансирования больниц, несомненно, принесло много положительных перемен. В том числе появились системы обработки клинических и экономических данных; улучшены сбор и использова-

---

<sup>1</sup> Данные для табл. 15 предоставлены Федеральным фондом ОМС, у которого есть сведения о работе всех территориальных фондов. Невозможно получить данные о методах финансирования, которые используют страховые компании всей страны, их трудно даже получить о страховых компаниях в отдельном субъекте Российской Федерации.

Таблица 15. Методы финансирования больниц фондами ОМС, %

Год	Постатейный бюджет	По клиническим специальностям	По клинико-затратным группам	По числу койко-дней	Всего больниц
1995	12,7	7,5	50,4	29,4	100
1996	8,5	9,7	53,1	28,7	100
1997	5,5	10,0	58,4	26,1	100

Sheiman, Paying hospitals in Russia, Eurohealth, Vol. 7, No.3, Autumn 2001, pp.79—80.

ние данных о потреблении стационарной помощи, клинико-затратных групп; повысились общая осведомленность об экономической эффективности и внимание к качеству медицинского обслуживания (67, 52).

Во же время надежды на сокращение объемов стационарной помощи не оправдались. Причин тому две. Первая — непосредственно методы финансирования больниц. Данные свидетельствуют, что новые методы финансирования не смогли вызвать у больниц интерес к повышению экономической эффективности. Тогда как сегодня во многих странах средняя продолжительность госпитализации сокращается, в России она остается почти неизменной, причем она одинакова и там, где финансирование производят на основании исходных данных (клинико-затратных групп), и там, где его определяют по смете расходов. Это происходит потому, что в большинстве субъектов Российской Федерации при расчете клинико-затратных групп опираются на слишком большие сроки госпитализации и этим узаконивают расточительность (67). Оплата госпитализаций по смете расходов не препятствует злоупотреблению дорогостоящими услугами. По данным московского исследования, в больницах, получающих постатейный бюджет, оборот койки оказался выше, чем в больницах, получающих средства по клинико-затратным группам. По-видимому, больницы до сих пор считают, что эффективность их работы заключается в высокой занятости коек (67). С другой стороны, предварительное финансирование срабатывает только при наличии действенных санкций за несоблюдение установленных договором правил. В противном случае страховая компания может взять деньги, а договор на предоставление соответствующих услуг не заключит.

Вторая причина отсутствия положительных изменений кроется в том, что новые методы финансирования приносят больницам лишь треть их доходов. Отсюда проистекает ряд последствий. Во-первых, новые методы финансирования не способны повлиять на больницы в полной мере. Во-вторых, возникает путаница, которая не позволяет целесообразно управлять финансами больницы и планировать их. В-третьих, старые и новые методы финансирования, сосуществуя, порождают противоречивые интересы и требования к работе.

Появляются свидетельства тому, что больные все чаще стараются обойтись без медицинской помощи и справляться с заболеваниями, прежде все-

го хроническими, сами. Так происходит, когда человек ощущает несовершенство и искаженность системы здравоохранения, а кроме того, больные понимают, что в больнице им потребуется платить за «бытовое» обслуживание, самим обеспечивать себя пищей, бельем и так далее. Взятки тоже повышают стоимость госпитализации для больного, что, вероятно, служит еще одной причиной нежелания людей обращаться за помощью в обычные медицинские учреждения. Это должно уменьшить настороженность к страховой медицине, однако со всех прочих точек зрения весьма неблагоприятно.

Как бы то ни было, ни отток больных, ни попытки компенсировать нехватку средств наращиванием долгов нельзя считать приемлемыми выходами из ситуации. Руководители здравоохранения сегодня разрабатывают новые реформы, которые призваны укрепить страховую медицину и ее способность как стимулировать эффективность медицинского обслуживания, так и сдерживать цены на него. Тем временем методы лечения в больницах по-прежнему зависят от взглядов руководящих врачей, а объемы стационарной помощи ничем не ограничены. Финансирование больниц остается смешанным — бюджетным и страховым. Однако средства из обоих источников не восполняют затраты больниц. Отчасти недостаток средств компенсируют платные услуги — и полуофициальные, и неофициальные. Как долго сохранится такая ситуация — не ясно.

## Оплата труда врачей

В 1991 г. средняя заработная плата медицинских работников составляла 75,4% средней заработной платы в стране. Сегодня врач получает столько же, сколько учитель начальных классов, и чуть больше, чем медицинская сестра или фельдшер. Тогда как в государственной больнице хирург зарабатывает 1500 рублей (50 долларов США) в месяц, в современной московской частной больнице заработная плата хирурга достигает 1500 долларов США (68). И первичная, и специализированная медицинская помощь оплачиваются по одинаковым принципам. Однако у специалистов и врачей больниц возможностей профессионального и должностного роста больше, а потому и зарабатывают они несколько больше.

В государственных медицинских учреждениях все медицинские работники получают установленный оклад. Большинство из них работает по трудовым соглашениям с тем органом власти, в чьем ведении находится медицинское учреждение. Размер заработной платы указан в трудовом соглашении, которое иногда определяет, сколько часов или рабочих смен в месяц должен отработать врач, нагрузку на врача (число приписанных к нему больных) и круг его обязанностей. На заработной плате отражается прохождение курсов повышения квалификации, опыт работы, занимаемая должность, а вот объем и качество работы на нее не влияют.

Поскольку фактически медицинские работники являются государственными служащими, основные оклады утверждаются федеральным руководством. Ежегодно их повышают, для чего министерства здравоохранения

и финансов ищут средства в скудном бюджете здравоохранения. Независимых профессиональных союзов, которые выступали бы в защиту интересов медицинских работников, в России нет, а забастовки считаются незаконными, так что возможностей для влияния на официальные органы власти у врачей мало. Медицинские работники крайне не довольны уровнем заработной платы, и высшее руководство здравоохранения ясно сознает, что это пагубно для морального духа врачей и медицинских сестер и весьма неблагоприятно отражается на медицинском обслуживании. Сегодня нередко можно встретить врача, который почти бездействует и постоянно переправляет своих больных коллегам, а при этом получает в месяц столько же, сколько те самые коллеги, вынужденные лечить его больных. Подобное положение отбивает охоту работать и у ответственных врачей.

Чтобы справиться с этими недостатками, попытались развить появившуюся в годы перестройки схему премирования. В 1980-х гг. руководству больниц и поликлиник позволили самостоятельно выделять из своих сбережений премии лучшим сотрудникам. Сегодня, когда возможностей зарабатывать и сохранять прибыль стало еще больше, главные врачи должны иметь больше средств на поощрение успешного труда.

Премии стали правилом. Ежемесячная заработная плата на 20% и больше состоит именно из премий, однако малейшая привязка их к качеству работы привела к тому, что премии начисляют сплошь всем сотрудникам, как бы хорошо или плохо они ни работали. Возможно, надежды на разборчивость руководства в оплате труда своих сотрудников были слишком радужными, тем более что официальных методов для этого не предложено, а самые серьезные злоупотребления чаще допускают как раз главные врачи и заведующие отделений, воздействовать на которых труднее всего. Тем не менее надежды на появление более дифференцированных подходов к оплате труда врачей сохраняются, вероятно, они должны вознаграждать не за исход лечения, а за число пролеченных больных.

Возможности финансового влияния на работу врачей мешает распространенная традиция взяток. Их берут и медицинские сестры, и врачи, но последние за взятку могут сделать больше (они направляют на госпитализацию, назначают лекарственные средства и диагностические исследования), и, соответственно, возможностей пополнять свои доходы за счет взяток у них тоже больше. Именно таким неофициальным путем врачи зарабатывают больше медицинских сестер и фельдшеров, а врачи больниц и специалисты — больше врачей общей практики.

В российском частном здравоохранении, которое пока еще мало развито, подходы к оплате труда врачей более разнообразны. Получающие платные стоматологические и офтальмологические клиники выплачивают персоналу заработную плату и процент от доходов. Врачи частных клиник берут плату за каждую услугу, и при самостоятельной практике им достается от 40 до 70% доходов (остальное идет на оплату текущих затрат).

Государство ясно осознало: чтобы в корне изменить отношение врачей к работе и само качество их работы, необходимо повысить уровень заработной платы врачей.

# Реформы здравоохранения

## Цели и задачи

К середине 1980-х гг., когда недостатки советского строя все чаще признавали, руководители здравоохранения поняли, что необходимо решать, что делать с чрезмерным объемом лечебных учреждений, неэффективностью медицинского обслуживания и низким моральным духом медицинских кадров. Начались реформы. В частности, в Ленинграде, Кемеровской и Самарской областях были предприняты эксперименты, которые должны были объем специализированной помощи сократить, а первичной — увеличить. Эти эксперименты вводили в работу медицинских учреждений рыночный механизм и привлекали средства к первичной медицинской помощи, но ряд событий отгеснил их.

Распад СССР не только вывел на свет недостатки прежних методов управления медицинским обслуживанием, но и усугубил их, и необходимость реформ встала особенно остро. Состояние здоровья населения быстро ухудшалось, и средняя продолжительность жизни как мужчин, так и женщин сокращалась. Резко возросла смертность мужчин до 40 лет, инфекции, которые десятилетиями не беспокоили население, снова подняли голову, заболеваемость и смертность от хронических заболеваний повысились. В условиях экономической неразберихи 1990-х гг., когда люди попали в труднейшее финансовое положение, их здоровье ухудшалось еще быстрее. Руководство страны, как и руководство здравоохранения не могли не признать, что ответить возросшим потребностям населения здравоохранению удастся только тогда, когда оно перестанет быть столь расточительным — и в отношении финансов, и в отношении избыточных мощностей. Экономические потрясения во всех сферах привели к резкому сокращению налоговых поступлений. На этом фоне сохранять советский уровень медицинского обслуживания было необоснованно. В результате резко упали и эффективность медицинского обслуживания, и его качество.

Политическая ситуация в стране, накал которой довел СССР до распада, требовала немедленных преобразований и в здравоохранении. Подобно тому как перестройка и гласность заставили людей надеяться и ждать перемен,

образование новой России повлекло за собой стремление к реформам и в руководстве, и среди населения. В ту пору казалось, что корень всех недостатков в стране лежит в высочайшем влиянии федеральной власти. Именно поэтому все реформы основывались на децентрализации. Правда, она не столько повышала ответственность местных властей за свои решения, сколько была знаком новой политической эпохи.

Поскольку реформы начали прежде всего из стремления к децентрализации, повышению эффективности медицинского обслуживания и новым методам его финансирования, то и направлены они были на решение именно этих задач. Одним из основополагающих нововведений стала система ОМС, направленная на решение всех трех задач. Для России с ее критическим финансовым положением ОМС, основанное на взносах из фонда оплаты труда, становилось дополнительным источником средств с неоспоримым преимуществом — средства из него можно было потратить только на медицинское обслуживание.

Министерство здравоохранения поддержало целый ряд реформ: начали готовить врачей общей практики, руководству больниц и поликлиник предоставили самостоятельность, изменили подходы к оплате труда медицинских работников, планированию и нормированию. Эти преобразования должны были привести к появлению децентрализованного управления и финансирования, дополнить клиническое мышление экономическим, сделать медицинское обслуживание более эффективным, отзывчивым к потребностям больного и общества и в конечном счете устранить последствия многолетнего жесткого бюрократического управления.

## Реформы и законы

Законодательную основу реформ здравоохранения на всероссийском уровне составляют различные законодательные акты (федеральные законы, программы), указы президента, постановления и предложения правительства, правительственные и министерские (Министерства здравоохранения и прочих министерств) указы. На уровне субъектов Российской Федерации реформы подкреплены законодательными актами, принятыми правительством субъекта Российской Федерации. Ниже в хронологическом порядке перечислены основные всероссийские законодательные акты, на основании которых проводятся реформы. Этот список, хотя и достаточно объемный, исчерпывающим не является. Вместить соответствующие региональные законодательные акты данный обзор не в состоянии.

Напомним, что 25 декабря 1991 г. был принят закон «Об изменении наименования государства Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика», по которому государство Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика (РСФСР) было переименовано в Российскую Федерацию (Россию). Тем не менее в официальных документах название «РСФСР» допускалось употреблять до конца 1992 г. В результате в официальных документах возникла некоторая путаница — в течение при-

мерно первых двух лет существования независимой России одни официальные документы выходили от имени РСФСР, другие — от имени Российской Федерации. В приведенном ниже списке используются названия законов, указанные в «Энциклопедии российского законодательства»<sup>1</sup>. Кроме того, в то же время Верховный Совет РСФСР (включал Совет Республики и Совет Национальностей) был переименован в Федеральное Собрание Российской Федерации (включает Государственную Думу и Совет Федерации). С 1993 г. общероссийские законы именуется федеральными законами.

## 1991

1. Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 г. (№ 1499-1) — определяет основы системы медицинского страхования, которая обеспечивает население медицинской помощью. Основными недостатками закона были признаны: недоработка организационной структуры медицинского страхования; отказ от устоявшихся принципов единства медицинского обслуживания; страхование на основе рисков. Закон был переработан и 2 апреля 1993 г. был заменен Федеральным законом № 4741-1, который послужил основой создания системы медицинского страхования.

2. Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 19 апреля 1991 г. (№ 0134-1) — устанавливает права и обязанности граждан, медицинских учреждений, частных и государственных организаций (изменен Федеральным законом № 117 от 21 июля 1998 г.).

3. Постановление Правительства РСФСР «О порядке введения в действие закона РСФСР "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"» от 19 апреля 1991 г. (№1035-1) — объявляет о создании Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора в качестве самостоятельного органа вне состава Министерства здравоохранения (в 1996 г. санитарно-эпидемиологическая служба возвращена в состав Министерства здравоохранения).

4. Закон РСФСР «О местном самоуправлении в Российской Федерации» от 6 июля 1991 г. (№ 1550-1) — определяет структуру и обязанности местных органов власти в районах, городах, районах в городах, поселках, сельсоветах, а также экономическую и финансовую основы местного самоуправления. Закон, в частности, обязал местные органы власти управлять деятельностью государственных медицинских учреждений, относящихся к их ведению, способствовать улучшению здоровья и профилактике заболеваний, улучшать экологическую обстановку и условия жизни (изменен Федеральным законом № 154 от 28 августа 1995 г.).

5. Закон РСФСР «Об основах бюджетного устройства и бюджетного процесса в РСФСР» от 10 октября 1991 г. (№ 1734-1) — подтверждает право административно-территориальных образований РСФСР определять собст-

---

<sup>1</sup> Электронная «Энциклопедия российского законодательства», выпуск 3.1.

венный бюджет здравоохранения, не требующий одобрения Министерством здравоохранения (изменен Федеральным законом № 118 от 31 июля 1995 г.).

## 1992

6. Указ Президента Российской Федерации от 4 января 1992 г. «О преобразовании Академии медицинских наук СССР в Российскую академию медицинских наук» — определяет Российскую академию медицинских наук самостоятельной организацией.

7. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по выполнению Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"» от 23 января 1992 г. (№ 41) (изменен 22 мая 1992 г.) — определяет задачи министерств, департаментов и исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации по введению обязательного медицинского страхования; утверждает ряд нормативных актов (в том числе базовую программу ОМС); устанавливает порядок выделения средств на ОМС неработающих граждан из местных бюджетов.

8. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» от 23 января 1992 г. (№ 41) — в общих чертах устанавливает набор гарантируемых ОМС медицинских услуг.

9. Закон Российской Федерации «О краевом, областном Совете народных депутатов и краевой, областной администрации» от 5 марта 1992 г. (№ 2449-1) — предоставляет краям и областям равные с республиками права в решении социально-экономических вопросов (в частности, относительно использования земли, природных ресурсов и собственности, в том числе учреждений здравоохранения). Закон проложил путь к децентрализации; ответственность за государственное финансирование здравоохранения переложил на региональные и местные власти; предоставил местным властям самим определять объем медицинского обслуживания и финансирования здравоохранения (государство отныне устанавливает только минимальные нормы). Министерству здравоохранения было предоставлено заниматься составлением программ в области здравоохранения, подготовкой медицинских кадров, медицинскими исследованиями, общественным здравоохранением и рядом других ключевых вопросов.

10. Постановление Совета Министров Российской Федерации «Об утверждении положения о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования» от 18 июня 1992 г. (№ 5145-1) — устанавливает размер страхового взноса на ОМС и обязывает каждого работодателя ежемесячно вносить страховые взносы за каждого сотрудника в размере 3,6% фонда оплаты труда. Во исполнение закона о медицинском страховании Совет Министров Российской Федерации принимал и прочие постановления.

11. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. (№ 3185-1) (изменен Федеральным законом № 117 от 21 июля 1998 г.).

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» от 26 августа 1992 г. (№ 237) — впервые дает определение первичной медицинской помощи и предлагает: развивать ее учреждения; увеличить число медицинских сестер первичной медицинской помощи и расширить их обязанности; проводить подготовку по специальности «врач общей практики».

13. Указ Президента Российской Федерации «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» от 26 сентября 1992 г. (№ 1137) — предписывает выделять необходимые средства на здравоохранение, строительство и ремонт медицинских учреждений, а также предлагает меры по улучшению управления медицинскими учреждениями и качества медицинской помощи.

14. Постановление Правительства Российской Федерации «О дифференциации в уровнях оплаты труда работников бюджетной сферы на основе единой тарифной сетки» от 14 октября 1992 г. (№ 785).

15. Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 ноября 1992 г. — определяет основные принципы страхования в различных сферах (изменен законом № 157 от 31 декабря 1992 г.).

16. Закон Российской Федерации «О страховых тарифах взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации, в Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и на обязательное медицинское страхование граждан на первый квартал 1993 года» от 25 декабря 1992 г. (№ 4230-1) — устанавливает уровень обязательных взносов в три указанных фонда в процентах от уровня заработной платы.

## 1993

17. Постановление Верховного Совета Российской Федерации «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» от 24 февраля 1993 г. (№ 4543-1) — объявляет ОМС средством социальной защиты граждан и обязывает учредить фонды ОМС, которые будут проводить политику государства в области здравоохранения, собирать взносы на ОМС граждан, перераспределять средства ОМС между областями и районами из соображений выравнивания, обеспечивать ОМС всех граждан России.

18. Указ Президента Российской Федерации «О неотложных мерах по стабилизации уровня жизни населения Российской Федерации в 1993 году» от 27 марта 1993 г. (№ 405) — предупреждает о социальных последствиях экономических преобразований и требует использовать прожиточный минимум в качестве точки отсчета при определении минимальных размеров оплаты труда, пенсий, стипендий и так далее.

19. Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 2 апреля 1993 г. (4741-1) — заменяет Закон № 1499-1 от 28 июня 1991 г. (см. пункт 1) и обязывает органы власти соответствующего уровня выплачивать

взносы за ОМС безработных, детей, пожилых и прочих неработающих граждан.

20. Постановление Правительства Российской Федерации «О полномочиях органов исполнительной власти краев, областей, автономных образований, городов федерального значения по лицензированию отдельных видов деятельности» от 27 мая 1993 г. — поручает указанным органам власти выдавать лицензии на медицинскую, производственную и прочую деятельность.

21. Закон Российской Федерации «О сертификации продукции и услуг» от 10 июня 1993 г. — устанавливает порядок получения сертификатов соответствия показателям качества для различных видов медицинских товаров и услуг.

22. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР № 146 от 21 июня 1993 г. «Об утверждении Перечня видов медицинской помощи, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования различных контингентов населения Российской Федерации на 1993 год» — определяет договорный набор медицинских услуг, включающий основные виды медицинской помощи по 29 специальностям.

23. Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. (№ 5487-1), одобренный Указом Президента Российской Федерации от 14 декабря 1993 г. (№ 2288), — определяет задачи российского законодательства в области охраны здоровья граждан; функции исполнительных органов власти разных уровней; принципы развития системы здравоохранения, повышения качества медицинского обслуживания, защиты прав и интересов больных, а также медицинских работников и фармацевтов (включая повышение заработной платы); устанавливает ответственность за причинение вреда здоровью граждан. Данный закон впервые назвал здоровье граждан первоочередной задачей государства (изменен Федеральным законом № 214 от 20 декабря 1999 г. и Федеральным законом № 139 от 2 декабря 2000 г.).

24. Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» от 9 июня 1993 г. (№ 5142-1) — вносит изменения в Закон от 4 мая 1992 г. (изменен Федеральным законом № 39 от 16 апреля 2001 г.).

25. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по выполнению закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР"» от 11 октября 1993 г. (№ 1018) — обязал власти всех субъектов Российской Федерации обеспечить работу территориальных фондов ОМС и принять территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также изменил методы уплаты взносов в фонды ОМС.

26. Приказ Федерального фонда ОМС от 18 октября 1993 года «Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации» — предложил методы оплаты медицинской помощи: амбулаторной (на душу населения, за законченный случай амбулаторного

лечения и так далее) и стационарной (по числу больничных коек, за законченный случай госпитализации и так далее).

27. Конституция Российской Федерации (одобрена Всероссийским референдумом 12 декабря 1993 г.) — установила условия для соблюдения основных прав граждан России. Статья 41 провозглашает права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В соответствии с Конституцией, государство обеспечивает условия для соблюдения конституционных прав граждан в области охраны здоровья и с этой целью принимает законы и прочие нормативные акты, постановления местных органов власти.

28. Указом Президента Российской Федерации создаются Межведомственные комиссии Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения и экологической безопасности.

## 1994

29. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические указания по бухгалтерскому учету в фондах обязательного медицинского страхования» от 19 января 1994 г.

30. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №157, июль 1994 г. — утверждает перечень жизненно важных лекарственных средств (96 наименований из 31 группы) и освобождает от платы за них ряд групп граждан.

31. Постановление Правительства Российской Федерации «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» от 30 июля 1994 г. (№ 890) — предусматривает меры по улучшению финансирования фармацевтической промышленности и усилению контроля за производством лекарственных средств и товаров медицинского назначения (изменено и дополнено Постановлением Правительства Российской Федерации № 685 от 10 июля 1995 г.).

32. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении положения "О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности"» от 19 декабря 1994 г. (№ 286) — устанавливает правила получения разрешения на указанные виды деятельности в соответствии с законом от 22 июля 1993 г. (№ 5487-1).

33. Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21 декабря 1994 г. (№ 68).

## 1995

34. Федеральный закон «О ветеранах» от 12 января 1995 г. (№ 5) (изменен Федеральными законами № 171 и 172 от 18 ноября 1998 г.).

35. Ряд приказов Министерства здравоохранения Российской Федера-

ции, посвященных организации медико-санитарной помощи различным группам граждан.

36. Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 28 августа 1995 г. (№ 154) — определяет полномочия и обязанности местных органов власти в области здравоохранения (изменен Федеральными законами № 38 от 22 апреля 1996 г., № 141 от 26 ноября 1996 г., № 55 от 17 марта 1997 г., № 107 от 4 августа 2000 г. и № 31 от 21 марта 2002 г.).

37. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. (изменен Федеральными законами № 112 от 12 августа 1996 г., № 122 от 9 января 1997 г. и № 8 от 7 августа 2000 г.).

38. Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. (№ 122).

39. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 1995 г. «Об утверждении Перечня основных жизненно важных лекарственных средств», — обязал аптеки включить в их ассортимент все препараты из прилагаемого перечня.

40. Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации о возмещении работодателями вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей» от 24 ноября 1995 г. (№ 180) (изменен Федеральным законом № 125 от 24 июля 1998 г.).

41. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. (№ 181) (изменен Федеральными законами № 125 от 24 июля 1998 г., № 5 от 4 января 1999 г., № 57 от 29 мая 2002 г.).

42. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 июля 1995 г. (№ 710) «О порядке и нормах льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения инвалидов войны и других групп населения в соответствии с Федеральным законом "О ветеранах"».

## 1996

43. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» от 13 января 1996 г. (№ 27) — обозначает правила и условия предоставления платных услуг медицинскими учреждениями.

44. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» от 25 марта 1996 г. (№ 350) — подтверждает правила лицензирования медицинской деятельности, изложенные в соответствующем положении.

45. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности» от 18 апреля 1996 (№ 148) — пере-

числяет меры по исполнению Постановления российского правительства от 25 марта 1996 г. и предписывает всем руководителям здравоохранения соблюдать его.

46. Постановление Правительства Российской Федерации «О межведомственной комиссии по охране здоровья граждан» от 15 апреля 1996 г. (№ 456) — создает комиссию, в которую входят представители министерств здравоохранения, обороны, внутренних дел, путей сообщения, а также Федерального фонда ОМС, которая при содействии министерств экономики и финансов должна согласовывать деятельность федеральных органов исполнительной власти по вопросам реализации государственной политики в области охраны здоровья населения.

47. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об аттестации врачей общей практики (семейных врачей)» от 6 июня 1996 г. (№ 237).

48. Федеральный закон «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» от 5 июля 1996 г. (№ 86) (изменен Федеральным законом № 96 от 12 июля 2000 г.).

49. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О внесении дополнений и изменений в положение об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации» от 11 ноября 1996 г. (№ 372).

## 1997

50. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по предупреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 7 марта 1997 г.

51. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Об организации работы с письмами, жалобами, предложениями граждан Российской Федерации» от 25 марта 1997 г. (№ 35) — устанавливает правила, которые должны соблюдать все организации при рассмотрении жалоб граждан на медицинское обслуживание.

52. Постановление Правительства Российской Федерации «О ввозе и вывозе лекарственных средств и фармацевтических субстанций» от 27 мая 1997 г. (№ 647) — изменяет правила импорта и экспорта лекарственных средств, выдачи лицензий на внешнеторговую деятельность, в том числе для фармацевтических предприятий. Изменено Постановлением Правительства Российской Федерации № 1606 от 19 декабря 1998 г.

53. Федеральный закон «О прожиточном минимуме в Российской Федерации» от 24 октября 1997 г. (№ 134) — создает юридическую основу для определения прожиточного минимума и расчета на его основании минимальных заработной платы и пенсии, а также прочих средств социальной защиты населения. Изменен Федеральным законом № 75 от 27 мая 2000 г.

54. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 5 ноября 1997 г. (№ 1387) — утверждает разработанную Министерством здравоохранения «Концепцию развития здравоохранения

и медицинской науки в Российской Федерации», которая определяет основные направления развития и организации здравоохранения; обсуждает пути улучшения финансирования, управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологического благополучия, развития медицинской науки, медицинского образования, кадровой политики и так далее.

55. План мероприятий на 1997—1998 гг. по реализации Концепции был принят Правительством «в целях гарантированного обеспечения прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, повышения экономической устойчивости и эффективности деятельности учреждений здравоохранения и медицинской науки». Этот план был продлен до 2001 г., а на основании этой Концепции в 1997 г. была создана и позже принята новая, в которой определялась программа государственной поддержки развития медицинской промышленности и медицинского строительства.

56. Указ Президента Российской Федерации от 17 декабря 1997 г. (№ 1300) «Об утверждении концепции национальной безопасности Российской Федерации» — определяет здоровье населения как основу национальной безопасности страны.

## 1998

57. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г. (№ 3) — регулирует производство, ввоз, хранение, продажу и стационарное и амбулаторное использование наркотических и психотропных веществ, а также определяет ответственность за нарушение закона.

58. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании лекарственного обеспечения населения Российской Федерации» от 23 января 1998 г. (№ 17) — утверждает перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств в качестве базового для оказания лекарственной помощи населению в рамках программ государственной гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (394 препарата из 55 групп).

59. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну» от 25 марта 1998 г. (№ 30).

60. Федеральный закон «О лекарственных средствах» от 22 июня 1998 г. (№ 86) — регулирует отношения, возникающие в связи с разработкой, производством, изготовлением, доклиническими и клиническими исследованиями лекарственных средств, контролем их качества, эффективности, безопасности, торговлей лекарственными средствами и иными действиями в сфере обращения лекарственных средств. Определяет ведущую роль государственного контроля за производством, качеством, эффективностью и безопасностью лекарственных средств.

61. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» от 29 июля 1998 г. (№ 857), принятое в соответствии с Указом Президента

Российской Федерации № 729 от 29 июня 1998 г. — усиливает роль Федерального фонда ОМС в руководстве и согласовании деятельности территориальных фондов ОМС.

62. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24 июля 1998 г. (№ 125).

63. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» от 3 июля 1997 г. (№ 659) — устанавливает функции и обязанности министерства.

64. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. (№ 124).

65. Федеральный закон «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31 июля 1998 г. (№ 145) — определяет компетенцию федеральных, региональных и местных исполнительных органов в области регулирования бюджетных правовых отношений. Статья 31, в частности, провозглашает право законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти и органов местного самоуправления на соответствующем уровне бюджетной системы Российской Федерации самостоятельно составлять бюджет и определять направления расходования его средств.

66. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» от 11 сентября 1998 г. (№ 1096) — утвердило соответствующую Программу. Постановлением изменено Постановлением Правительства Российской Федерации № 550 от 24 июля 2001 г. Программа определяет виды и объем медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, не изменяя набор бесплатных медицинских услуг, установленный более ранними законодательными актами. Новаторство Программы в том, что она пыталась привести в соответствие предоставляемые гарантии и имеющиеся на них средства. Она указывает нормативы объема медицинской помощи, которые помогают планировать затраты на нее Федеральному и территориальным фондам ОМС. Программа должна пересматриваться ежегодно.

67. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. (№ 157).

68. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О введении классификатора "Простые медицинские услуги"» от 22 декабря 1998 г. (№ 374) — обеспечивает наличие единой системы оценки качества медицинских услуг.

## 1999

69. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» от 26 марта 1999 г. (№ 100) — устанавливает норма-

тивы деятельности медицинских работников и лекарственного обеспечения станций скорой медицинской помощи.

70. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах государственного контроля за ценами на лекарственные средства» от 29 марта 1999 г. (№ 347) — вводит ограничение на оптовые и розничные надбавки к лекарственным средствам.

71. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. (№ 52) — дает определение санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, определяет обязанности федеральной, региональных и местных органов власти, права и обязанности граждан и предприятий.

72. Постановление Правительства Российской Федерации «О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами» от 8 апреля 1999 г. (№ 393) — определяет порядок льготного лекарственного обеспечения определенных категорий населения (инвалидов, ветеранов войны, детей до 3 лет, доноров органов и ряд других).

73. Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования» от 16 июля 1999 г. (№ 165) — устанавливает единые подходы ко всем видам социального страхования, в том числе к медицинскому страхованию, и вводит единый взнос на социальное страхование.

74. Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» от 26 октября 1999 г. (№ 1194) — определяет задачи Программы на 2000 г.

75. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения» от 3 ноября 1999 г. (№ 395) — перечисляет названия учреждений здравоохранения и дает им определения. Изменен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 180 от 4 июня 2001 г.

76. Федеральный закон «О тарифах страховых взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Государственный фонд занятости населения Российской Федерации и в фонды обязательного медицинского страхования на 2000 год» от 20 ноября 1999 г. (№ 197) — сохраняет тариф взноса на ОМС за работающее население в размере 3,6% фонда оплаты труда (с отчислением из него 0,2% в Федеральный фонд ОМС).

77. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об отраслевой программе "Общая (семейная) практика"» от 30 декабря 1999 г. (№ 463) — уравнивает врача общей практики и семейного врача, определяет правовые и организационные основы, информационное и финансовое обеспечение общей практики.

78. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О перечне лекарственных средств списков А и Б» от 31 декабря 1999 г. (№ 472) — вводит требование хранить препараты из списка А под замком.

79. Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об основах обязательного социального страхования"» — ввел более жесткий государственный контроль за обязательным медицинским страхованием. Ряд положений данного закона противоречит закону «Об основах обязательного социального страхования».

## 2000

80. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке сертификации лекарственных средств» от 13 января 2000 г. (№ 2510/280-32) — приводит перечень 35 Органов по сертификации лекарственных средств в 33 субъектах Российской Федерации, обеспечивающих надзор за качеством, эффективностью и безопасностью лекарственных средств.

81. «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год», утвержденные 17 января 2000 г. Министерством здравоохранения и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования при содействии Министерства финансов, — определяют цели, принципы, структуру и порядок формирования территориальных программ государственных гарантий и вводят нормативы объема и стоимости медицинских услуг. Данный документ предназначен органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

82. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О представителях Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах» от 30 июня 2000 г. (№ 239). В 2000 г. Россия была разделена на семь федеральных округов. В каждом из них учреждены пост Полномочного Представителя Президента, а также посты представителей различных министерств, в том числе Министерства здравоохранения (обычно это профессора медицинских институтов).

83. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по предупреждению возможных террористических актов» от 11 июля 2000 г. (№ 257) — предписывает всем медицинским учреждениям разработать планы по предотвращению террористических актов и действий на случай их совершения.

84. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении положения о Государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» от 24 июля 2000 г. (№ 554) — заменяет постановления от 5 июня 1994 г. и 30 июня 1998 г. Устанавливает более жесткие нормативы и требует более строгого их соблюдения.

85. Распоряжение Правительства Российской Федерации об одобрении «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года» от 31 августа 2000 г. (№ 1202) — включает анализ здоровья населения и определяет направления борьбы с неблагоприятными для него фак-

торами, подчеркивает важность профилактики заболеваний. К экстренным мерам относит борьбу с вредными привычками, которые повышают риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев) и инфекционных заболеваний.

86. Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 2 декабря 2000 г. (№ 139) — изменяет Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года (№ 5487-1), а именно уточняет, что базовая программа ОМС является частью программы государственных гарантий.

## 2001

87. Постановление Госстандарта России<sup>1</sup> «Об утверждении и введении в действие "Правил сертификации лекарственных средств"» от 3 января 2002 г. (№ 2) — определяет основные принципы и требования, связанные с порядком сертификации зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных средств отечественного и зарубежного производства с целью защиты прав и интересов потребителей и проведения единой государственной политики в области обеспечения населения высококачественными лекарственными средствами.

88. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации» от 9 января 2001 г. (№ 4).

89. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» от 21 мая 2001 г. (№ 402) — определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой юридическими лицами независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальными предпринимателями. Упраздняет ряд предыдущих постановлений.

90. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации медицинской помощи населению Чеченской республики в лечебных учреждениях Южного федерального округа» от 16 мая 2001 г. (№ 161/34).

91. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» от 23 мая 2001 г. (№ 171).

92. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об исполнении Постановления Правительства Российской Федерации № 90 от 6 февраля 2001 г. "О порядке осуществления социальной реабилитации лиц, пострадавших в результате террористической акции"» — обеспечивает медицинскую помощь лицам, пострадавшим от террористических актов.

93. Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкуле-

---

<sup>1</sup> Государственный комитет Российской Федерации по стандартизации и метрологии, который разрабатывает и утверждает стандарты в различных сферах деятельности.

за в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. (№ 77) — юридически обосновывает мероприятия по профилактике туберкулеза.

94. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» от 27 июня 2001 г. (№ 229).

95. Федеральный закон «Об ограничении курения табака» от 10 июля 2001 г. (№ 87) — определяет правовые основы ограничения курения табака в целях снижения заболеваемости и смертности населения, регулирует деятельность по производству, оптовой и розничной торговле, рекламе табачных изделий.

96. Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» от 24 июля 2001 г. (№ 550) — вводит изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. (№ 1016), определяет объем и виды медицинской помощи, увеличивает объем бесплатных амбулаторных медицинских услуг.

97. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, задачи на 2001—2005 годы и на период до 2010 года — продлевает принятую в 1997 г. Концепцию (см. пункт 54).

98. Постановление Правительства Российской Федерации «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» от 9 ноября 2001 г. (№ 782).

## **Законопроекты**

Законопроект «О правах пациента».

Законопроект «О регулировании частной медицинской деятельности». Конституция и Гражданский кодекс России допускают частную медицинскую деятельность. И она действительно быстро развивается. Однако отсутствие соответствующего законодательства способствует широкому распространению неофициальной частной практики, от которой налогов не поступает. Таким образом, закон о частной медицинской деятельности сегодня остро необходим. В законопроекте содержатся предложения по правовому нормированию частной медицинской деятельности.

Законопроект «О здравоохранении в Российской Федерации» предлагает более четкие правила деятельности в области здравоохранения. Он рассматривает государственные, муниципальные и частные учреждения здравоохранения. В качестве первоочередной меры законопроект предлагает повысить бюджетное финансирование органов управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации, чтобы помочь им отвечать потребностям учреждений здравоохранения. Кроме того, в законопроекте предлагается восстановить всероссийскую власть Министерства здравоохранения и предоставить всем учреждениям здравоохранения (независимо от форм собственности) равные возможности по заключению договоров добровольного медицинского страхования. Законопроект подчеркивает важность государ-

ственного управления здравоохранением, обозначает направления государственной политики в области здравоохранения, делает упор на ответственность государства за здоровье граждан. Первое чтение законопроекта в Государственной Думе прошло в конце 1999 г. Сегодня Комитет Государственной Думы по охране здоровья продолжает работу над законопроектом. Основное сопротивление законопроекту встречается у Правительства, которое не в состоянии выполнить его требования по увеличению бюджетного финансирования здравоохранения.

Законопроект «О внесении изменений и дополнений в Закон "О медицинском страховании граждан Российской Федерации"» содержит ряд предложений по изменению системы ОМС: (а) изменить методы сбора страховых взносов; (б) преобразовать территориальные фонды ОМС в региональные отделения Федерального фонда ОМС; (в) начислять взносы в ОМС за всех неработающих граждан из федерального бюджета; (г) создать условия для усиления конкуренции между страховыми компаниями и между медицинскими учреждениями.

### **Региональное законодательство**

В соответствии со статьей 72 российской конституции, законодательство в области здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов. Субъекты Российской Федерации несут значительную долю ответственности за здоровье населения, проживающего на их территории, а также за организацию, управление и финансирование медицинского обслуживания и учреждений здравоохранения. Кроме того, они имеют право принимать собственные законы.

Субъекты Российской Федерации приняли свыше трехсот законов в области здравоохранения. Одни из них развивают федеральные законы, другие несколько их видоизменяют с учетом местных социально-экономических и прочих особенностей. Есть и ряд законов, которых общероссийское законодательство не содержит. В частности, в Республике Карелия и Саратовской области имеется закон «О правах пациента»; в Тульской и Орловской областях — закон «О защите прав ребенка»; в Ивановской области — закон «О правах и гарантиях граждан по созданию семьи и сохранению ее здоровья»; в Республике Карелия — закон «Об общей врачебной (семейной) практике».

### **Программа «Здоровье для всех»**

Хотя в 1997 г. Министерство здравоохранения рекомендовало включить программу «Здоровье для всех» в государственную программу здравоохранения, официально она не принята. Тем не менее основные положения программы вызывают всеобщее признание, а ее содержание и общие указания используются в реформировании российского здравоохранения (69, 70).

Общая Концепция развития российского здравоохранения была разработана в 1997 г. и принята правительством, возглавляемым В. С. Черномырди-

ным, однако методы ее выполнения, по всей видимости, не развиты. Четкой программы действий для субъектов Российской Федерации федеральная власть не установила, а наработки региональных властей не всегда приветствует Министерство здравоохранения.

### **Комментарии к российскому законодательству**

Как видно из раздела «Реформы и законы», после 1991 г. российское законодательство в области здравоохранения стремительно разрасталось. Следует учесть, что приведенный перечень законов и нормативных актов далеко не полон. Только за парламентскую сессию 1996—1997 гг. было принято 79 нормативных актов по вопросам здравоохранения и социальной защиты (58). Всего с 1991 г. по 1998 г. Федеральное Собрание приняло около 1500 новых законов (в различных сферах), а за последующие три года — около 600 (71).

Столь высокая законотворческая активность обусловлена стремлением России как можно скорее и как можно дальше уйти от своего советского прошлого, создать по сути новое законодательство почти во всех ведущих отраслях права — гражданском, административном, конституционном, финансовом и так далее. В результате ряд вопросов законами не освещен, а ряд — управляется несколькими, законы повторяют друг друга, непоследовательны, противоречат сами себе и другим законам, а в целом законодательство не согласовано. Правовая система слишком велика и сложна, но при этом не вполне связана, в ней имеются пробелы и неточности, а порой идет на поводу отдельных групп или уступает бюрократическому давлению. Некоторые законы созданы без учета современных правовых знаний, некоторые не обеспечены методической, финансовой или административной поддержкой, некоторые вступают в противоречия с федеральными или региональными постановлениями (71). Соответственно, многие законы, ориентированные на важнейшие задачи, на деле их не решают.

На фоне стремительных изменений в правовой системе почти всегда появляется простор для манипуляций с законами, возможность их обойти. Вероятно, в России таких возможностей еще больше — ее прошлое, советское законодательство настолько изобиловало правилами и ограничениями, что невольно породило привычку обходить их (72). Положение осложняется и неспособностью федеральной власти обеспечить соблюдение своих законов. Этот недостаток способствует ослаблению центральной власти по отношению к региональной, которая набирает силу.

### **Результаты реформ**

Учитывая глубину преобразований в здравоохранении, обширность и неоднородность страны, судить о результатах реформ непросто.

В России крайне ощутимы последствия всесторонней децентрализации власти, в частности, юридическая ответственность за здоровье населения перешла к местным органам власти, а Министерство здравоохранения пере-

стало играть в своей области главную роль в планировании, нормировании и управлении. Сегодня местные власти должны сами руководить составлением планов и приспособлять медицинское обслуживание к особым потребностям населения. Там, где действуют страховые компании, некоторую долю власти имеют негосударственные источники финансов. В то же время имеются веские основания полагать, что не все районы и области справляются с новыми обязанностями. Из-за недостатка средств и умения управлять кое-где важные решения не принимают. Более того, единая система здравоохранения грозит стать раздробленной. Именно поэтому в последнее время Министерство здравоохранения среди прочих попыток вернуть себе власть заключает договоры с субъектами Российской Федерации.

Успехи медицинского страхования неравномерны даже в большей степени. Законы 1991 г. и 1993 г. попытались разом перевернуть всю систему финансирования здравоохранения. На основе множества заимствованных идей был разработан и введен ряд крайне сложных методов, которые не были ни опробованы, ни исследованы ни в одной стране. Мало того, реформы совпали с крайне тяжелой ситуацией в стране — глубоким экономическим кризисом, неустойчивой политической обстановкой, а вот стройной и полной законодательной основой, достаточными финансовой и управленческой поддержкой они обеспечены не были. Учитывая, в каких условиях зарождалось медицинское страхование, уместнее не сетовать, что оно не оправдало надежд, а удивляться, что оно вообще действует.

Предусмотренные в законах новые методы финансирования воплотились в жизнь в разной степени. Учрежден Федеральный фонд ОМС, в каждом субъекте Российской Федерации со всеми законными основаниями действует территориальный фонд ОМС. Однако собирать средства каждому из них удается по-разному, и объем собранных средств далек от должного. Это обусловлено во-первых, неспособностью некоторых работодателей платить страховые взносы из фонда оплаты труда, а во-вторых, и в еще большей степени — невыполнением местными властями своей обязанности оплачивать ОМС неработающего населения. Смешанное финансирование (бюджетное и страховое) породило у медицинских учреждений смешанные же (и противоречивые) интересы, не давая им в полной мере воспользоваться преимуществами новых методов финансирования и возмещения затрат. Возможно, еще важнее, что объем средств в здравоохранении, вопреки ожиданиям, не возрос, и их по-прежнему слишком мало<sup>1</sup>.

Страховые компании не справились с задачами, которые были возложены на них законодательством. На основной набор медицинских услуг реформы никогда не посягали, зато они надеялись, что под влиянием страхо-

---

<sup>1</sup> Следует отметить, что, по сравнению со своими доходами, Россия тратит на здравоохранение довольно значительную долю ВВП. Обычно страны с низкими доходами выделяют на здравоохранение меньшую долю ВВП, а страны с высокими доходами — большую. Однако распространенность в российском здравоохранении экономически неэффективных методов (назначение лишних или научно не обоснованных вмешательств и так далее) привела к тому, что выделяемых средств ему всегда серьезно недостает.

вых компаний медицинские учреждения станут сокращать свои затраты и работать эффективнее. Однако страховые компании сегодня этой роли не выполняют. Изменить это положение крайне необходимо, поскольку российское здравоохранение, сохранив советскую неэффективность медицинской помощи, весьма расточительно тратит свои скудные средства.

Реформы не решили еще один важный вопрос: учитывая жестко ограниченные объемы бюджетного и страхового финансирования, государство взяло на себя неоправданно высокие обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи. По-видимому, правительство не собирается признавать необходимость частично платной медицинской помощи. В то же время на деле медицинское обслуживание неофициально уже стало частично платным, породив значительное неравенство населения.

Нельзя не отметить и положительное влияние реформ. Благодаря им многие медицинские учреждения и многие медицинские работники научились сознательно относиться к своим действиям и затратам, считать деньги, управлять и планировать. Кроме того, хотя ОМС не оправдало ожиданий и не увеличило общий объем средств в здравоохранении, ему, по всей видимости, удалось сделать свою часть средств независимой от экономических перемен (в отличие от бюджетного финансирования за счет налогов).

В разработке и проведении реформ участвовало не только Министерство здравоохранения. Основные подробные предложения обсуждали с министерством и выдвигали многие научно-исследовательские институты и ученые. Рядовые врачи и другие медицинские работники, а также их объединения, в отличие от своих зарубежных коллег, заметной роли в реформаторской деятельности не играли. Тем не менее отдельные врачи участвовали во всех преобразованиях в здравоохранении, занимаясь как политической деятельностью, так и составлением программ.

Неправительственные организации, инициативные группы населения и объединения потребителей в России только появляются и в разработке реформ участвовали мало. К возможности привлекать их к такого рода деятельности и реформаторы, и политики старого образца относятся достаточно неопределенно. В то же время международные организации, которые участвуют в реформах в качестве консультантов, весьма приветствуют активное участие неправительственных и некоммерческих организаций в реформах.

Международные организации и иностранные партнеры России, как правило, предлагают не финансовую, а консультативную и техническую помощь. Кроме того, международный опыт и действующие в мире методы финансирования здравоохранения серьезно влияют на российские реформы, предоставляя почву для обсуждения и поиска возможных преобразований.

Несмотря на разницу во взглядах, основные участники реформ, приступая к ним, достигли достаточной степени согласия. То, что группы с разными интересами смогли отказаться от споров, свидетельствует, насколько критическим было положение российского здравоохранения. Отсутствие опыта частного предпринимательства и нестабильность экономики подорвали реформы в части, на которую изначально возлагались большие надеж-

ды. Добиться предполагаемых успехов реформы просто не могли — слишком неустойчивыми были экономика и финансовое положение страны, слишком мало было средств. Не менее важно и то, что для успеха реформ требовались такие навыки в управлении и техническом обеспечении, которых на периферии получить было невозможно. Насколько сегодня система здравоохранения соответствует требованиям реформ и как найти равновесие между различными методами финансирования, понять предстоит.

Успешному реформированию здравоохранения мешает отсутствие в последние годы четкого государственного руководства в здравоохранении, равно как и недостаток решимости у государства добиться существенных улучшений в здравоохранении.

Действия Министерства здравоохранения сегодня соответствуют задачам, изложенным еще в 1997 г. в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Именно этот документ служил и служит основанием для реформ. Концепция определила четыре главных направления развития здравоохранения:

- укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний и оздоровление образа жизни;
- развитие первичного медицинского обслуживания на основе общей (семейной) практики;
- уменьшение роли специализированной медицинской помощи;
- повышение качества медицинского обслуживания.

В то же время Концепция является весьма общим документом, четких целей не устанавливает и поэтому не может служить основой для разработки и проведения конкретных программ. По всей видимости, не имеется ясного представления о конечных целях реформ. Намерений множество, но они слишком разные, противоречивые и смутные, чтобы на них можно было построить выполнимую программу действий. Созданию последовательной и практичной программы развития здравоохранения в первую очередь препятствуют следующие обстоятельства:

- государство, несмотря на все заверения, не сделало улучшение здоровья и здравоохранения своей первоочередной задачей;
- Министерство здравоохранения в условиях неопределенного экономического и социального развития не решается взять на себя ответственность и разработать четкий план действий;
- для проведения целенаправленных программ не достаточно опыта, политической решимости и сведений;
- пересматривать программы реформ и соответственно подправлять их проведение не позволяют недостаток средств и слабое руководство;
- субъекты Российской Федерации стали независимыми, и Министерство здравоохранения не способно заставить их выполнять общегосударственные программы.

В последнее время Министерство здравоохранения пытается вернуть свое влияние на субъекты Российской Федерации и, возможно, вскоре они проявят больше внимания к трудностям здравоохранения и их разрешению.

## Заключение

Реформы здравоохранения в России начались в годы коренных политических преобразований и были вызваны насущной необходимостью. Сегодня российское здравоохранение все еще переживает время перемен, но ряд общих выводов о его состоянии сделать можно.

В районах, которые больше всего пострадали от экономического кризиса первой половины 1990-х гг., система здравоохранения серьезно ослабла. Возникла угроза всеобщей доступности медицинского обслуживания, и руководство и реформаторы ее ясно осознавали. При разработке реформ задача обеспечить население всей страны основным набором медицинских услуг считалась одной из основных. Изначально предполагалось, что реформы позволят сэкономить достаточно средств, чтобы обеспечить минимальные потребности населения. На деле этого не произошло. В свою очередь, и страховое финансирование не повлекло обоснованного распределения средств, и все попытки рационализировать медицинское обслуживание предпринимаются без тщательной подготовки. Равенству медицинского обслуживания серьезно угрожают все более заметные различия в экономическом положении и развитии субъектов Российской Федерации, ведь они отражаются и на их возможности обеспечивать свое здравоохранение. Кроме того, значение частных средств (официальная и теневая оплата медицинских услуг) в финансировании здравоохранения возрастает, и в такой ситуации отсутствие официально установленной частичной платы за медицинскую помощь, безусловно, нарушает равенство медицинского обслуживания.

В первой половине 1990-х гг. здоровье населения значительно ухудшилось. В первую очередь, это было обусловлено застарелыми недостатками советского здравоохранения, которое не было подготовлено к изменению эпидемиологической обстановки и не уделило должного внимания неинфекционным заболеваниям, значение которых значительно возросло. После распада СССР на фоне крушения экономики показатели здоровья населения ухудшились еще больше. Безусловно, политические и экономические потрясения отразились на системе медицинского обслуживания, но гораздо важнее их прямое влияние на здоровье человека, которому серьезно повредили и неуверенность в завтрашнем дне, и ухудшение материального положения, и переживания, заглушаемые пьянством. Реформы, делая систему

медицинского обслуживания более рациональной, должны были освободить средства, которые позволили бы эффективнее отвечать потребностям населения. Тем не менее показатели здоровья все так же удручают, а реформы, которые должны были вызвать переориентацию здравоохранения на первичное медицинское обслуживание и профилактику, чтобы быстрее добиться видимых улучшений в здоровье населения, в этих вопросах не преуспели.

Возможно, там, где интересами медицинских учреждений управлять действительно удается, экономическая эффективность медицинской помощи возросла. Однако делать общие выводы об изменениях в этой области чрезвычайно сложно, поскольку многие из современных проявлений порождены попытками выйти из критической ситуации. Как бы то ни было, улучшить экономическую эффективность до ожидаемого уровня, не удалось. В значительной мере это обусловлено неполным исполнением закона о медицинском страховании и тем, что страховые компании выполняют лишь часть возложенных на них функций.

Возможности выбора у потребителей не изменились, хотя реформы и намеревались их расширить. По сути, выбор сегодня есть только у больных, способных платить за медицинское обслуживание. Судя по всему, и качество медицинского обслуживания улучшилось лишь в платных — частных медицинских учреждениях.

Относить все перечисленные недостатки только на счет неудач реформ было бы неверно, хотя вполне очевидно, что во многих отношениях они были чрезмерно самонадеянными. Собственно, проводить любые преобразования и пытаться что-либо планировать в столь тяжелых экономических условиях было крайне трудно. Однако решать вопросы здравоохранения требовалось так срочно, что ждать, пока ситуация стабилизируется, было невозможно.

В преобразованиях в здравоохранении слишком большое значение отвели введению нового метода финансирования. Вероятно, это объясняется тем, что основной причиной недостатков в здравоохранении считали недостаток средств. В итоге вопросам улучшения здоровья, качества медицинского обслуживания, эффективности и целесообразности использования средств уделили крайне мало внимания, а ведь каждый из этих вопросов чрезвычайно важен сам по себе и каждый требует особого подхода. Это не означает, что этими вопросами вовсе не занимались. Просто считалось, что они разрешатся косвенно и сами собой под влиянием рыночных отношений, которые возникнут, когда будет введено медицинское страхование. В рынке видели спасение от всех бед — и от недостатка средств, и от прочих пороков системы. Все оказалось не так, и сегодня российскому здравоохранению в условиях крайней неопределенности и жесточайших ограничений предстоит попытаться защитить здоровье населения.

## Литература

1. *Economist Intelligence Unit*, Country Profile, Russia, 2001.
2. WHO Regional Office for Europe, *Highlights on Health in the Russian Federation*, November 1999.
3. CIA *The World Fact Book*, 2002.
4. *The United Nations in the Russian Federation, Common Country Assessment*, Draft No. 1, March 2001.
5. Andrei K. Demine, "Public health in eastern Europe", *The Lancet Perspectives*, Dec. 2000.
6. V. Shkolnikov, F. Mesle, J. Vallin "Health crisis in Russia: Recent trends in life expectancy and causes of death from 1970 to 1993" (Parts I and II), *Population: An English Selection*, Vol. 8, 1996.
7. T.H. Tulchinsky and E. A. Varavikova, "Addressing the Epidemiologic Transition in the former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia". *American Journal of Public Health*, Vol. 86, No.3, March 1996.
8. M. McKee and V. Shkolnikov, Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ* 2001; 323: 1051-5.
9. V.M. Shkolnikov and V.V. Chervyakov in *Policies for the control of the transition's mortality crisis in Russia*, UNDP, Russia Transitional Family Research Institute, Moscow, 2000.
10. M.G. Field, "The health and demographic crisis in post-Soviet Russia: A two-phase development" in M.G. Field and J.L. Twigg (eds.), *Russia's Torn Safety Net*, St. Martin's Press, N.Y., 2000.
11. M. McKee, Alcohol in Russia. *Alcohol Alcoholism* 1999; 34: 824-829.
12. D. Leon, L. Chenet, V.M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin, M. McKee. Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol, or what? *Lancet* 1997; 350: 383-8.
13. WHO health for all database.

14. Johnson's Russia List, No. 5404, 22 August 2001.
15. Johnson's Russia List, No. 5392, 15 August 2001.
16. J. Twigg, *Russian health status in the 1990s: National trends in regional variation*, The National Council for Eurasian and East European Research (NCEEER), Washington, D.C. 2000.
17. V. Shkolnikov, M. McKee, D.A. Leon. Changes in life expectancy in Russia in the 1990s. *Lancet* 2001; 357: 917-21.
18. M. McKee, V. Shkolnikov, D.A. Leon. Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s. *Ann Epidemiol* 2001; 11: 1-6.
19. V.M. Shkolnikov, M. McKee, J. Vallin, E. AkselE, D. Leon, L. Chenet, F. Mesliĥ. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks, and cohort effects. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 19-29.
20. V. Shkolnikov, M. McKee, D. Leon, L. Chenet. Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation? *Eur J Epidemiol* 1999; 15: 203-6.
21. M. McKee, M. Bobak, R. Rose, V. Shkolnikov, L. Chenet, D. Leon. Patterns of smoking in Russia. *Tobacco Control* 1998; 7: 22-26.
22. P.E. Farmer, A.S. Kononets, S.E. Borisov, A. Goldfarb, T. Healing, M. McKee. Recrudescence of tuberculosis in the Russian Federation. In: *The global impact of drug resistant tuberculosis*, P.E. Farmer, L.B. Reichman, M.D. Iseman, eds. Boston MA: Harvard Medical School/ Open Society Institute, 1999.
23. L. Platt, M. McKee. Observations of the management of sexually transmitted diseases in the Russian Federation: a challenge of confidentiality. *Int J STD AIDS* 2000; 11: 563-67.
24. *Washington Post*, 29 July 2001, "HIV Cases in Russia Rise Sharply".
25. *Radio Free Europe/Radio Liberty Newslines*. Vol.5, No. 159, Part 1, 22 August 2001.
26. Monitoring health conditions in the Russian Federation, *The Russia Longitudinal Monitoring Survey* 1992-2001, University of North Carolina, April 2002.
27. M. Bobak, M. McKee, R. Rose, M. Marmot. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction* 1999; 94: 857-66.
28. A.A. Baranov, "The Health of Russia's Children", *Russian Education and Society*, Vol. 42, No. 10, October 2000.
29. T.H. Tulchinsky and E.A. Varavikova, *The New Public Health*, Academic Press, 2000.
30. V.V. Chervyakov, V.M. Shkolnikov, W.A. Pridemore, M. McKee. The changing nature of murder in Russia. *Soc Sci Med* 2002, 55: 21-32.
31. P. Walberg, M. McKee, V. Shkolnikov, L. Chenet, D.A. Leon. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: a regional analysis. *BMJ* 1998; 317: 312-8.

32. E.A Varavikova, Health Trends in Russia, 1989-1998, The regional perspective (unpublished paper).
33. A. Britton and M. McKee "The relationship between alcohol and cardiovascular disease in eastern Europe: explaining the paradox". *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 54, Issue 5, May 2000.
34. V.M. Shkolnikov, G.A. Cornia, D.A. Leon, F. Mesl̄. Causes of the Russian Mortality Crisis: Evidence and Interpretations. *World Development*. Vol. 26, No. 6, 1998, pp. 1995-2001.
35. M.I. Roemer, *National Health Systems of the World*, Vol. I, The Countries, Oxford University Press, 1991.
36. Tacis, *Russian Federation: Support to Public Health Management*, Moscow 2001.
37. D. Chernichovsky and E. Potapchik, Health system reform under the Russian health insurance legislation, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 12, 1997.
38. Tacis, *Review of Russian health care financing system*, [http://www.tacishf.mednet.ru/ReviewsE2\\_1\\_0.htm](http://www.tacishf.mednet.ru/ReviewsE2_1_0.htm).
39. S. Shishkin, Non-commercial sector of economy legal area formation; *Russian Economy: Trends and Perspectives*, Jan 1996.
40. D. Chernichovsky and E. Potapchik, "Genuine Federalism in the Russian health care system: Changing Roles of Government", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 24, No. 1, February 1999.
41. Kathryn Stoner-Weiss, Central Weakness and provincial autonomy: Observations on the devolution process in Russia, *Post-Soviet Affairs*, 1999, V. 15, no.1.
42. I. Sheiman, Excessive state commitments to free health care in the Russian Federation: outcomes and health policy implications, in *The right to health care in several European countries*, Kluwer Law International, Great Britain, 1999.
43. Institute of Social Research, Russian citizens' health-related expenses, Boston University Legal and Regulatory Reform Project, Moscow 1998.
44. J. L. Twigg, *The Operationalization of Russian health care system reform*, The National Council for Eurasian and East European Research, Washington, D.C., May 2000.
45. H. Barnum, D. Chernichovsky and E. Potapchik, Health sector reform in Russia: the health finance perspective, Draft, 1993.
46. I. Sheiman, Forming the system of health insurance in the Russian Federation, *Soc. Sci. Med.* Vol. 1, No. 10, 1994.
47. S. Shishkin, "The priorities of health care reform", *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, No.3, 1998.

48. J. L. Twigg, "Balancing the state and the market: Russia's adoption of obligatory medical insurance". *Europe-Asia Studies*, Vol. 50, No. 4, June 1998.
49. S. Shishkin, "Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia". *Croatian Medical Journal*, Vol. 40, No. 2, 1999.
50. J.L. Twigg, "Obligatory medical insurance in Russia: the participants' perspective", *Social Science and Medicine*, Vol. 49, 1999.
51. Institute of Social Research, *Russian household drug and health care expenditures*, Moscow 1999.
52. T.N. Makarova, Implementation of new payment methods of health services: Experience of Russia in 1989-1999, Tacis, *Governance of Social Security: Social insurance, medical insurance and pensions*, Moscow, 2000.
53. Tacis, *Governance of Social Security: Social insurance, medical insurance and pensions, Final Report*, 1 June 2000.
54. WHO, World Health Report 2000, *Health Systems: Improving performance*, Geneva, 2000.
55. Диагностика российской коррупции: социологический анализ. Фонд ИНДЕМ. Москва, 2002
56. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Под ред. Ю. П. Лисицина, М., Медгиз, 1987, том 1, с. 432, том 2, с. 463.
57. Report on the Implementation of the Concept of Development of Public Health and Medical Science and Goals for 2001-2005 and the period up to 2010, Ministry of Health of the Russian Federation, 20 March 2001.
58. E. Tkatchenko, M. McKee, A. D. Tsouros, "Public health in Russia: The view from the inside". *Health Policy and Planning*, 15(2):164-169.
59. WHO, *Nursing and Midwifery Profile*, 2000.
60. L. Glasunov and A. Petrusovits, Developing health promotion policy in Russia, *American Journal of Health Promotion*, Vol. 3, No. 2, May/June 2000.
61. L. Kohler and L. Eklund. BRIMHEALTH. A successful experience in Nordic-Baltic cooperation in public health training, *Eur J Public Health*. 2002 Jun;12(2): 152-4.
62. Danishevski K, McKee M. Campaigners fear that Russia's new tobacco law won't work. *BMJ* 2002; 324: 382.
63. Health care crisis in Russia: a public health issue, *Nursing Standard*, Vol. 13, No. 22, Feb. 17, 1999.
64. Ludmila Maksimova, Pharmaceutical market in Russia, U.S. and foreign commercial service and U.S. Department of State, 1997.

65. Monitoring health conditions in the Russian Federation, *The Russia Longitudinal Monitoring Survey 1992-2000*, University of North Carolina, March 2001.
66. Marina Semchenko, Drugs and prescribing in Russia: the challenges of transition, *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, Vol. 11, 1998.
67. I. Sheiman, Paying hospitals in Russia, *Eurohealth*, Vol.7, No. 3, Autumn 2001.
68. Michael Wines, "Capital comes to Russian Health Care", *New York Times*, 22/12/00.
69. Ю. М. Комаров. Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения и вклад НПО в их научное обоснование. Актовая речь. Москва, 1995.
70. И. В. Поляков, С. А. Уваров. Некоторые аспекты развития здравоохранения в условиях рыночных отношений. Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1995, № 3, с. 9—13.
71. A. Kostyagin, "Russian legislation: some tendencies and problems" ECPRD Seminar on Legal and Regulatory Impact Assessment of Legislation, 21-22 May 2001, Tallinn.
72. J. Leitzel, "Rule evasion in transitional Russia", in M. Nelson, C. Tilly and L. Walker. (eds.). *Transforming post-communist political economy*, National Academy Press Washington, D.C., 1997.

# Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

## Издания Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Каждый обзор серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры дают информацию для сравнения и помогают руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные компоненты мозаики и позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и ученым европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

## Как получить обзор

Любой обзор в формате PDF можно найти на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk), где также содержатся ежемесячно обновляемые сведения о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, в том числе новые обзоры, книги, издаваемые совместно с издательствами «Open University Press» (на английском языке) и «Весь мир» (на русском языке), рефераты, информационный бюллетень Европейской обсерватории и журнал «EuroHealth». Печатный экземпляр любого обзора можно заказать по адресу:

**observatory@who.dk**  
или по телефону (+45) 39 17 17 17.



Издания  
Европейской  
обсерватории  
по системам  
здравоохранения  
читайте на сайте  
[observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)

## Опубликованные обзоры

Австралия (2002 г.)  
Австрия (2001 г.\*\*)  
Азербайджан (1996 г.)  
Албания (1999 г.)  
Армения (1996 г.)  
Армения (2001 г.\*)  
Белоруссия (1997 г., 2002 г.)  
Бельгия (2000 г.)  
Болгария (1999 г.)  
Великобритания и Северная Ирландия (1999 г.\*)  
Венгрия (1999 г.)  
Германия (2000 г.\*\*)  
Греция (1996 г.)  
Грузия (2002 г.)  
Дания (2001 г.)  
Испания (1996 г., 2000 г.)  
Италия (2001 г.)  
Казахстан (1999 г.\*)  
Канада (1996 г.)  
Киргизия (1996 г., 2000 г.\*)  
Латвия (1996 г., 2001 г.)  
Литва (1996 г.)  
Люксембург (1999 г.)  
Македония (2000 г.)  
Мальта (1999 г.)  
Молдавия (1996 г.)  
Новая Зеландия (2002 г.)  
Норвегия (2000 г.)  
Польша (1999 г.)  
Португалия (1999 г.)  
Россия (1998 г.)  
Румыния (1996 г., 2000 г.)  
Словакия (1996 г., 2000 г.)  
Словения (1996 г., 2002 г.)  
Таджикистан (1996 г., 2000 г.)  
Туркмения (1996 г., 2000 г.)  
Турция (1996 г.)  
Узбекистан (2001 г.\*)  
Финляндия (1996 г., 2002 г.)  
Хорватия (1999 г.)  
Чехия (1996 г., 2000 г.)  
Швейцария (2000 г.)  
Швеция (1996 г., 2001 г.)  
Эстония (1996 г., 2000 г.)

На английском языке можно получить любой обзор.

Помеченные звездочками обзоры можно получить также:

\* на русском языке

\*\* на немецком языке