

С.В. Лазарев

# РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЭПОХУ МОДЕРНИЗАЦИИ

В статье на основании данных Росстата показано состояние инфраструктуры здравоохранения России на сегодняшний день и снижение доступности медицинской помощи

Ключевые слова: здравоохранение, платные услуги, сельская медицина

In article on the basis of data of Rosstat the condition of infrastructure of health care of Russia and decrease in availability of medical care is shown today

Keywords: health care, paid services, rural medicine

Как отмечено в Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий);

- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

Рассматривая сегодняшнее состояние российского здравоохранения сквозь призму вышеперечисленных постулатов, приходишь к неутешительным выводам.

За последние годы по данным Росстата:

- в 2 раза сократилось число стационаров, (а на селе – в 4 раза),

- на 23% амбулаторно-поликлинических учреждений

За последние годы закрыты:

- 36% районных больниц (осталось 191)
- 91% участковых больниц (из 4400 осталось всего 400).

А ведь это звено, обеспечивающее в первую очередь доступность медицинской помощи.

За 15 лет закрыто 8 тысяч фельдшерско-акушерских пунктов. Это опять же удар по первичному звену здравоохранения.

Владимир Путин 30 июля 2013 года на заседании

президиума Государственного совета, посвященного задачам субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи признал, что в своё время в пылу оптимизации и затрат на здравоохранение закрыли немало фельдшерских пунктов, участковых, районных больниц. В итоге сельские жители лишились даже первичной медицинской помощи. Выходом из этой ситуации, по его мнению, создание передвижных центров здоровья, развитие санитарной авиации, внедрение дистанционных форм медпомощи.

Но пациент ведь болеет не по расписанию приезда передвижных пунктов здоровья в село. Поэтому данные меры не решают основной проблемы – доступности медицинской помощи! В 60-е годы прошлого века на праздники в село приезжала автолавка, и это был праздник для жителей. Затем появились стационарные магазины. А теперь и ананасы зимой не являются для сельских жителей экзотикой. Развитие здравоохранения на селе идет в обратную сторону. Вначале были стационарные учреждения. Теперь автолавки с врачами передвижного центра. О следующем этапе селян еще не проинформировали.

В результате проводимой политики уничтожения здравоохранения на селе появилась новая форма организации здравоохранения – домовые хозяйства.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» предусмотрено - в малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделения населенных пунктах, в том числе временных (сезонных), медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, на территории обслуживания которых расположены такие населенные



Рисунок 1. Источник: Росстат

пункты, осуществляют организацию оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях с привлечением одного из домашних хозяйств.

Предписанную деятельность осуществляет уполномоченный домашнего хозяйства, который не является медицинским работником, но прошел обучение в районной больнице. Ведется документация – журнал учета работы уполномоченного домашнего хозяйства.

В Рязанской области открыто 424 домашних хозяйства, в Пензенской области – 109, в Брянской области – 115 и т.д.

Руководят их деятельностью местные органы управления здравоохранением. Хорошо, что ещё не догадались их лицензировать.

Министр здравоохранения Скворцова В.И., выступая на правительственном часе в Думе, прошедшем в октябре 2013 года доложила, что в рамках принятой Правительством Федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий» в ближайшие годы нам предстоит дополнительно ввести в действие более 850 ФАПов и офисов врачей общей практики.

Но это только 10% от закрытых ранее. А какую федеральную программу нужно принимать, чтобы восстановить еще 90% закрытых ФАПов и 91% закрытых участковых больниц.

На практике Минздрав бездумно разрушает первичное звено здравоохранения до такой степени, что для его восстановления уже необходимо принимать Федеральные целевые программы.

- Только с 2005 года уменьшилось количество
- диспансеров на 27% (с 1990 года на 42%);
  - число ЛПУ, имеющих стоматологические кабинеты на 53%;
  - станций скорой медицинской помощи на 10%;
  - санаторно-курортных организаций на 10% (с 1990 года на 44%).

Особенно циничным на этом фоне выглядят рапорты Минздрава о повышении рождаемости в России и одновременном повсеместном закрытии родильных домов.

Однако при этом сокращения не коснулись органов



Рисунок 2. Источник: Росстат

управления и органов надзора. С такими темпами в здравоохранении скоро останутся одни органы управления без больниц и врачей.

Никогда не приводятся данные Росстата о состоянии зданий амбулаторно-поликлинических организаций системы здравоохранения. Последние данные опубликованы за 2010 год. А именно:

- в 6% поликлиник отсутствует водопровод,
- в 31% горячее водоснабжение,
- в 10% центральное отопление,
- в 9% канализация,
- около 6% не имеют телефонной связи.

Каждый, кто прошел процесс лицензирования закономерно спросит, а кто им выдал лицензию и на основании какого заключения Роспотребнадзора? В период массового строительства центров по оказанию высокотехнологичной помощи в 21 веке мы имеем лечебные учреждения пещерного типа.

Возводя повсюду высокотехнологичные центры, Минздрав лишил граждан главного – доступности медицинской помощи. О каком качестве медицинской помощи можно говорить, если пациент просто не может попасть к врачу.

Во всем мире медицинские организации идут к пациенту, а у нас от пациента. Во всем мире основой здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь, и только у нас – высокотехнологичная.

Всемирная организация здравоохранения, регулярно публикующая рейтинги систем здравоохранения стран мира, считает главным именно доступность медицинского обслуживания для населения, которая

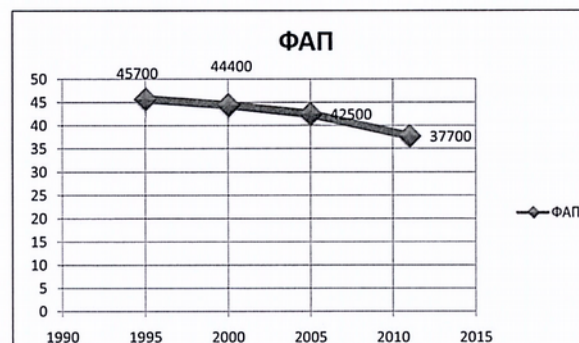


Рисунок 3. Источник: Росстат



Рисунок 4. Источник: РБК.research

во многом определяется состоянием именно первичной медико-санитарной помощи.

Не менее остро на сегодняшний день строит проблема кадров в здравоохранении.

Идет массовый исход специалистов из профессии. На конференции «Медицинское образование 2012» глава Минздравсоцразвития РФ на тот момент Татьяна Голикова объявила - стране не хватает 152,8 тысяч врачей (23%) и 800 тысяч (33%) медсестер и фельдшеров. А уже через год новый министр пересчитала все по-новому. Чтобы скрыть собственную бездеятельность министерство говорит теперь только

о нехватке 40 тысяч врачей в первичном звене и об избытке врачей в стационарах. Медсестер теперь не хватает всего 270 тысяч. Игра цифр – не более.

Данные, публикуемые в 2013 году в средствах массовой информации на основании выступлений региональных руководителей органов здравоохранения, не столь радужные, как в Минздраве.

Сахалинская область - врачебный состав укомплектован в регионе чуть более чем на 50%, из них тех, кому за 50 лет - также 50%.

Хабаровский край - дефицит специалистов с высшим медицинским образованием в крае составляет

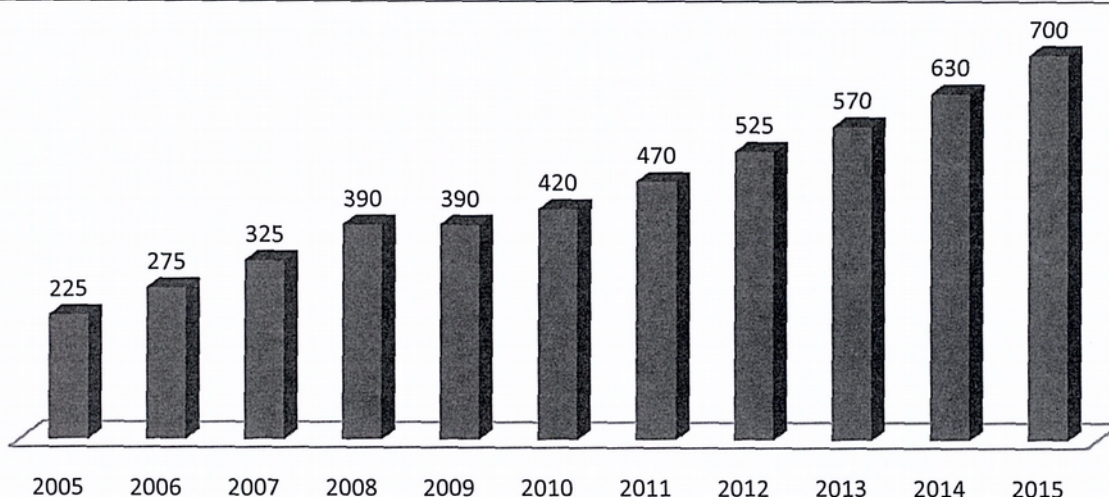


Рисунок 5. Источник: эксперты рынка, ФСГС, «Эксперт РА», РБК.research

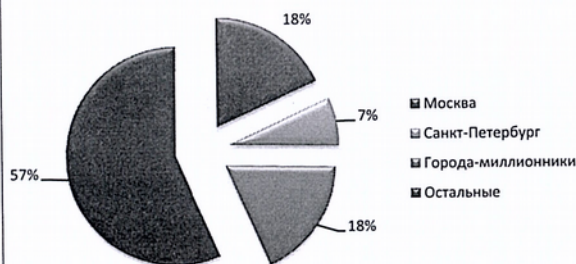


Рисунок 6. Источник: эксперты рынка, РБК.research

более 35% от потребности, средних медицинских работников – более 43%

Дефицит врачей в Бурятии составляет 33%.

В Архангельской области - 27%.

Врачебные должности в Республике Коми заняты на 54,3 процента, причем к 2015 году укомплектованность предполагается увеличить только до 70 процентов.

Обеспеченность врачами в Екатеринбурге составляет 55 процентов.

В Алтайском крае некомплектованность враческими кадрами 32%.

В Туле по многим специальностям процент укомплектованности менее 40%. Кроме того, более 44% врачей достигли пенсионного возраста.

Список бесконечен и это говорит о глубочайшем кадровом кризисе в здравоохранении.

Если сравнивать распределение врачей по уровням оказания медицинской помощи в России и в мире, то выявляется ещё одна проблема нашего здравоохранения – недостаток врачей в первичном звене.

Для рационального функционирования здравоохранения нам необходимо в первую очередь увеличить число врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь минимум в 4,5 раза, при этом соответственно уменьшить их число на последующих этапах. Вместо участковых терапевтов, которые сейчас больше занимаются выдачей направлений к узким специалистам необходимо развивать кабинеты врачей общей практики.

Например, внедрение в 2000 году института врача общей практики в сельской местности Чувашской

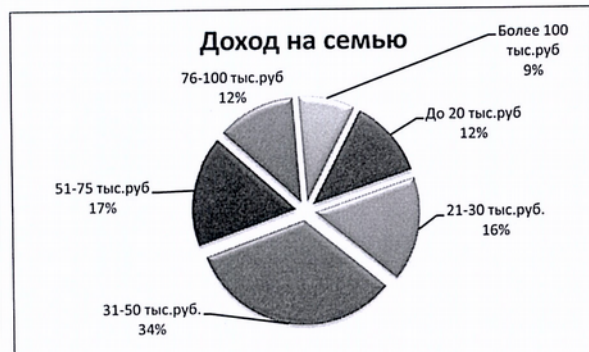


Рисунок 7. Источник: РБК.research

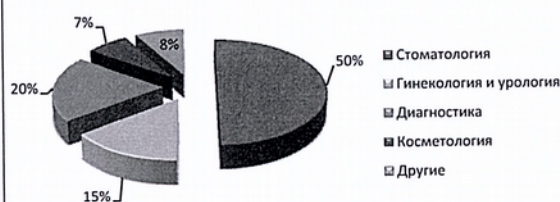


Рисунок 7. Источник: CORIS Assistance, РБК.research

Республики сопровождалось значительным экономическим эффектом. Уже на начальном этапе внедрения на участках обслуживания данных специалистов было отмечено снижение уровня госпитализации на 5–10%, уменьшение числа вызовов скорой медицинской помощи на 5–15%, на 10–15% снизилось число направлений к узким специалистам. Есть нарабатываемая практика, результаты которой необходимо анализировать и внедрять повсеместно.

Для привлечения врачей в сельскую местность разработана программа «Земский доктор», которая буквально через год начала давать сбои из-за деятельности местной бюрократии и нехватки финансовых средств.

На фоне уменьшения доступности медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий у граждан растет востребованность этих услуг. Так по результатам опроса РБК.research 2012-2013гг. лидирующее место по востребованности заняли лабораторные исследования, прирост доли пользователей которых по сравнению с 2010г. составил 19,3%. Второе место занимают консультации и осмотры врача (61,7%), третью позицию заняла диагностика (43,1%).

Наблюдается рост востребованности услуг по лечению бесплодия, родов, магнитно-резонансной томографии, имплантации зубов, ведения беременности, операций с пребыванием в стационаре.

В то же время в России растет объем рынка платных услуг. Однако реальный объем этого рынка сложно определить из-за присутствия в нем теневого сектора.

По оценкам экспертов рынка, в 2012г. объем рынка платных медицинских услуг составил 490-560 млрд руб.

Данные оценки включают в себя три составляющие:  
 - легальный сектор медицинских услуг,  
 - рынок добровольного медицинского страхования (ДМС)  
 - теневой сектор.

По мнению экспертов, темпы роста в 12-15% сохранятся на протяжении ближайших двух-трех лет.

В то же время обращает на себя внимание, что рост рынка платных медицинских услуг идет не только за счет развития частного сектора экономики, но и за счет массового развития платных медицинских услуг в государственных лечебно-профилактических учреж-

дениях. Цифры, представленные в диаграмме, отражают не столько развитие рынка медицинских услуг, сколько объем финансовой нагрузки на население при получении медицинской помощи.

В этих цифрах не только показатель востребованности частной медицины, но и показатель постепенной замены бесплатной медицинской помощи, гарантированной гражданам России Конституцией, на платную в государственных ЛПУ.

Усиленное развитие платных медицинских услуг происходит в наиболее крупных городах России. Это Москва, Санкт-Петербург и города-миллионеры, в которых наблюдается наиболее высокая плотность населения.

Наиболее востребованными на рынке платных услуг являются стоматология, гинекология, урология, диагностика и косметология.

По данным исследовательской компании CORIS Assistance, на долю стоматологии приходится 50% оборота рынка платных услуг, диагностика занимает 20%, гинекология и урология – по 15%, а косметология – 7%.

Одним из ключевых факторов дальнейшего развития рынка медицинских услуг является динамика спроса на эти услуги среднего класса, который выступает в данном случае главным потребителем медицинских услуг в частном секторе.

Политика в здравоохранении, направленная на модернизацию материально-технической базы государственного сектора при медленном развитии изменений в организации здравоохранения, в содержании гарантий оказания бесплатной медицинской помощи приводит к росту неудовлетворенности населения и прежде всего среднего класса качеством и доступностью медицинской помощи, оказываемой в государственных учреждениях.

В этих условиях средний класс ориентируется на частный сектор и приобретает в нем услуги доступные и более высокого качества за свой счет.

Остальное население вынуждено получать услуги в государственном секторе, причем вынуждено доплачивать за часть услуг в кассу медицинских учреждений и непосредственно медицинским работникам.

Это приводит к социальной дифференциации здравоохранения, а в конечном счете - к недовольству

здравоохранением как со стороны и среднего класса, и остального населения.

На заседании президиума Государственного совета 30 июля 2013 года Владимир Путин сказал, что «важно развивать и поддерживать частную, платную медицину. Такой подход – в интересах граждан страны, которые должны иметь не только право на выбор медицинской помощи, но и реальную возможность этого выбора. Сегодня такие перспективы крайне ограничены».

Минздрав тут же откликнулся на призыв, заговорив повсеместно о государственно-частном партнерстве и работе частных медицинских организаций в системе ОМС.

Министр здравоохранения Вероника Скворцова, выступая на правительственном часе в Думе, отметила, что за период с 2010 года более чем в два раза увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах ОМС – с 600 до 1251 в этом году (это уже 14,7 процента от общего количества).

А на 2014 год, отметила она, уже зарегистрировано для работы в системе территориальных ОМС 1 655 частных организаций, то есть 17 процентов от общего количества. Для дальнейшего активного развития государственно-частного партнерства Минздрав считает целесообразным рассмотрение вопроса о включении инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает это участие более привлекательным и экономически обоснованным.

Правда оказание услуг частными медицинскими организациями в рамках ОМС Минздрав трактует как проявление государственно-частного партнерства, но в данном случае важен сам факт того, что Минздрав неожиданно узнал от президента о существовании частного сектора здравоохранения.

Итак, на сегодняшний день здравоохранение России представляет собой разрушенную сельскую медицину, дефицит первичного звена, обеспечивающего доступность медицинской помощи, перекос в сторону высокотехнологичной медицинской помощи, рост платных медицинских услуг, массовый исход специалистов из профессии. Если добавить к этому еще дефицит финансирования и создание системы уполномоченных домовых хозяйств, то картина складывается нерадостная.