

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СТРАНАХ СНГ В ПОСТСОВЕТСКИЙ ПЕРИОД

В советской системе здравоохранения преобладала идея выравнивания доступности для советских граждан медицинской помощи, поэтому первостепенное значение в этих условиях приобрели показатели обеспеченности населения медицинской помощью, прежде всего, стационарными койками. Это привело к неизбежному росту финансовых затрат и в целом неэффективности использования ресурсов здравоохранения.

Со временем всё более актуальным становился вопрос о структуре коек и об уровне госпитализации. В условиях относительного насыщения койками возрастало значение эффективности использования коечного фонда. В постсоветский период в России и других республиках бывшего СССР произошло закрытие множества больниц, преимущественно малых, и сокращение числа больничных коек. Однако причиной тому послужили трансформационные процессы, а также, в случае Грузии и Таджикистана, – военные потрясения. Исключительный случай Киргизии, где закрытие больниц было предусмотрено национальными планами здравоохранения и поддержано президентскими декретами, вероятно, следует рассматривать как частный случай. Приём больных в свете указанных негативных процессов также сократился, сроки стационарного лечения больных оставались высокими.

Однако если процесс сокращения ёмкости больниц, наблюдавшийся до 2000 г., объясняется экономическими проблемами здравоохранения, в частности хронической нехваткой средств (особенно в первой половине 1990-х гг.), то происходящее с 2004 г. сокращение коек в больницах обусловлено целенаправленной реструктуризацией здравоохранения, поскольку созданный в России во второй половине XX в. стационарный сектор признан избыточным.

Признавая необходимость реструктуризации регионального здравоохранения, подчеркнём опасность применения для этой цели подходов программно-целевого планирования вне контекста общей здравоохранительной политики и необходимость принятия продуманных решений по сохранению доступности медицинской помощи для населения, в частности более широкому использованию стационарозамещающих технологий и улучшению материально-технического оснащения медицинских учреждений. Кроме того, несмотря на то, что в здравоохранении РФ было осуществлено значительное сокращение коечных фондов, реструктуризация не привела к принципиальным изменениям в структуре медицинской помощи, где всё так же преобладает стационарное звено.

К примеру, в докладе о реализации Программы госгарантий в 2013 г. эксперты Министерства здравоохранения РФ отмечают и называют положительной тенденцию сокращения доли расходов на медицинскую помощь в стационарных условиях и возрастания доли расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также медицинскую помощь в условиях дневного стационара за период с 2011 по 2013 гг. Однако отмеченные изменения нельзя назвать существенными, а факт снижения расходов на стационарную медицинскую помощь ещё не свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи для граждан и её качества (таблица).

Таблица

**Структура расходов на медицинскую помощь в рамках
Программы за период с 2011 по 2013 гг. (в процентах к итогу)***

Условия оказания медицинской помощи	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Скорая медицинская помощь	7,0	7,2	6,7
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	32,6	33,2	34,6
Медицинская помощь в амбулаторных условиях в неотложной форме			0,8
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	57,5	56,5	54,6
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	2,9	3,1	3,3
Итого	100,0	100,0	100,0

*без учета расходов на иные услуги

Сходные изменения происходили в развитых странах мира во второй половине XX в. И хотя не вызывает сомнения, что копирование зарубежных моделей и подходов в российской действительности вряд ли может быть полностью оправданным, справедливо также и то, что без изучения опыта других стран вряд ли возможно удачно провести аналогичные реформы в России.

Говоря о реструктуризации здравоохранения индустриально развитых стран, важно выделить три ключевых фактора, составившие базовые предпосылки для этих структурных изменений: перемены в сфере сознания, появление новых медицинских технологий и необходимость повышения экономической эффективности здравоохранения и оптимизация затрат. Первоочередную роль среди данных факторов, как мы считаем, сыграли идеологические изменения в западном обществе. В 1960-е гг. сформировалась и в дальнейшем закрепились тенденция «нормализации», проявляющаяся в исключении из сферы компетенции здравоохранения функции социального контроля, а также в стремлении обеспечить людям с серьёзными патологиями более гуманное окружение. На практике это выразилось в том, что в 1970-х годах многие долгосрочные, в том числе психически, больные были выведены за пределы стационаров, а люди пожилого возраста, материально зависимые и нуждающиеся в постоянной опеке, были переведены в учреждения социальной помощи. М. McKee, подчёркивая эти тенденции, приводит данные по Великобритании: за двадцатилетний период с 1977 по 1996 гг. снижение численности психиатрических коек в этой стране превысило 60%, сокращение коек по лечению острых случаев составило 20%, в то время как объёмы коечных фондов для содержания и ухода за лицами пожилого возраста увеличились почти в 6 раз.

Однако идею нормализации, как нам представляется, следует трактовать гораздо шире – она отнюдь не сводится к тому, чтобы людям,

нуждающимся в уходе, обеспечить условия, максимально приближенные к домашним. Вопрос на самом деле гораздо глубже и касается самой модели взаимоотношений пациента и медицинского учреждения, подвергшейся кардинальной ревизии в середине XX века и, в частности, отрицания того компонента изоляции человека от традиционного и привычного для него социально-бытового окружения, который всегда являлся неизменным атрибутом стационарного лечения. Существенный вклад в становление и распространение этой идеи внесли растущие ожидания европейских пациентов к качеству и условиям лечения.

Реформа не ограничилась сокращением психиатрических и других коек для долгосрочных больных. Произошла также и реструктуризация лечения острых случаев (что также очевидно в случае Великобритании, сопряжённая с закрытием массы очень больших и очень маленьких больниц и параллельным снижением числа коек).

Многого в этом направлении удалось достичь благодаря достижениям научно-технического прогресса и появлению современных методов медицинских вмешательств, позволившим дать идеям нормализации материально-жизненное воплощение.

В частности, одной из наиболее заметных тенденций в развитии хирургии явилось стремление к минимизации операционной травмы путём перехода к малоинвазивным вмешательствам, применение которых позволило сократить сроки госпитализации. Изобретение новых технологий, позволяющих осуществлять широкий спектр диагностических, лечебных, в частности, хирургических вмешательств, с минимальной степенью деструктивного воздействия, обеспечили для этого самые широкие перспективы¹.

При анализе результатов реструктуризации становится очевидным то,

¹Изобретение эндоскопии (а затем эндофотографии и эндокинематографии), лапароскопии, ультразвуковой и лазерной техники фактически ознаменовало начало нового века в медицинской науке и послужило материальным фундаментом и важнейшей предпосылкой развития амбулаторной хирургии.

что возможность дать общую оценку реформам, которая в равной степени подходила бы ко всем странам, пусть даже в рамках Европейского региона, практически исключается. В одних странах реструктуризация прошла сравнительно благополучно, в других результат был значительно ниже ожидаемого.

Однако стоит заметить, что снижение количества коек в странах Евросоюза произошло на фоне повышения интенсивности их функционирования: сохранившиеся мощности стали использоваться для лечения большего числа больных, но госпитализируемых на более короткие сроки. Иными словами, снижение продолжительности пребывания в больницах Западной Европы компенсировалось ростом числа принимаемых пациентов. Как свидетельствуют данные, с 1985 по 2005 гг. число госпитализаций в целом по странам-членам Евросоюза выросло в среднем на 30%, а длительность пребывания в стационарах сократилась примерно на треть². Именно в этом качественном сдвиге, как можно предположить, и состоит главный позитивный итог реструктуризации. Негативным побочным эффектом этой тенденции стал рост нагрузки на больничные учреждения при сокращении коечных фондов на фоне растущего уровня госпитализации и интенсификации лечебного процесса.

По свидетельствам экспертов, обсуждаемая реформа оказалась более успешной в тех странах, где система управления больницами была в достаточной степени централизована (к примеру, если несколько больниц объединены общим управлением, как это было в Ирландии и Великобритании), либо сокращение числа коек и аккредитация больниц успешно осуществлялись с помощью инструментов государственного регулирования (Бельгия, 1980-е годы). В Дании, где ответственность за работу больниц возлагалась на округа, правительство, поддерживая

² Рассчитано по данным: Реформа больниц в новой Европе / Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. / Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2002. – С. 22, 23.

сотрудничество между соседними округами, способствовало объединению небольших больниц в более крупные центры, двигаясь по пути оптимизации.

Во Франции были созданы региональные комиссии, деятельность которых сочетала меры по сокращению коечных фондов государственных и частных больниц с программами реконструкции и созданием новых медицинских служб, в большей степени отвечающих современным требованиям.

Трудности возникли в тех странах, где собственность была децентрализована, а финансирование здравоохранения осуществлялось из нескольких источников. Например, в Швейцарии, где существовало два источника финансовых поступлений – налоговые доходы и фонды медицинского страхования, и несколько форм собственности – кантональная, муниципальная и частная.

Более того, как свидетельствует исторический опыт, существование внутреннего рынка медицинских услуг, на котором их предоставление и оплата разделены, а больницам предоставлена самостоятельность, затрудняет течение реформы реструктуризации.

Для России подобные факты имеют особое значение, поскольку система управления отечественным здравоохранением децентрализована, при этом основные административные полномочия относятся к местному уровню, а система финансирования – многоканальна, поскольку объединяет несколько источников финансирования. Немаловажное значение имеет также кадровый дефицит

В то же время актуализация представленных проблем обусловила поиски компенсаторных механизмов и мер по стабилизации складывающегося положения. Несмотря на то, что поиск подобных механизмов осуществляется в разных регионах одновременно и независимо друг от друга (а в странах Европы носит спорадический характер), международному экспертному сообществу удалось сформулировать

основные принципы этой политики, делающие её более эффективной и социально ориентированной. Среди них – повышение согласованности действий медицинских служб; перераспределение функций между разными организациями и медицинскими службами; планирование ведения больного вне этапа стационарного лечения.

Ряд обозначенных проблем реструктуризации позволил выявить и обосновать необходимость взаимодействия, координации и регулирования между звеньями медицинской помощи, что в дальнейшем нашло отражение в модели сетевой организации здравоохранения. Одним из наиболее проблемных моментов в процессе осуществления структурных преобразований здравоохранения является налаживание связей между секторами медицинской помощи в рамках единой сети медицинских учреждений.

Практическая реализация данной модели привела к возросшей потребности в новых специалистах, в компетенцию которых входили бы вопросы согласования предложения и спроса на медицинские услуги на разных уровнях системы здравоохранения.

Политика создания и распространения новых форм оказания медицинской помощи, начатая в реформенный период, также служила цели нивелировать возникшие негативные последствия реформ. Так, ранняя выписка пациентов долгосрочного пребывания из стационаров создала необходимость развития учреждений и форм организации медицинской помощи нового типа, новых служб амбулаторной и социальной помощи (организация стационаров на дому, создание хосписов и т.д.).

Кроме того, поиск механизмов пропорционального замещения сокращаемой стационарной помощи, фактически составляющих её организационную альтернативу, выявил потребность населения (ранее скрытую) в новых модификациях медицинской помощи, удовлетворяющих требованиям гибкости, доступности и близости к пациентам. Так, во Франции ими стали внешние консультации, численность которых суммарно

по общемедицинскому, хирургическому и гинекологическому направлениям, составила в 2000 г. 25 млн. единиц, и их число постоянно растёт³.

В целом, процесс сокращения коечных фондов в западных странах сопровождался повышением роли амбулаторного лечения и реабилитации вне больничных стен. В этом контексте совершенно незаменимыми по характеру применения оказались стационарозамещающие технологии, вооружённые новыми методами лечения и соответствующим их уровню высокотехнологичным оборудованием.

Что важно для России?

Ситуация в странах бывшего СССР складывалась по-иному. В 60-70-е гг. XX в., в тот период, когда индустриально развитые страны мира проводили институциональные реформы в здравоохранении, на территории СССР были заложены основы экстенсивного развития системы здравоохранения с акцентом на наращивании коечного фонда, числа врачей, объемов госпитализации и посещений поликлиник. Подобная ситуация характерна для многих стран Восточной Европы и постсоветского пространства, в том числе и России: системы здравоохранения здесь обладают обширной сетью специализированных (психиатрических, туберкулезных, онкологических, дерматологических, венерологических, глазных и др.) больниц государственного, регионального и окружного уровней, построенных, как правило, в советский период. Кроме того, важным отличием российской системы здравоохранения от таковых в других странах мира является организационное выделение медицинской помощи детям, предоставляемой в специальных детских больницах. В то же время реальные показатели качества, доступности, эффективности использования ресурсов оказались на втором плане, а в структурной организации

³ В статье «Экономика больничной системы (сложная проблема привлечения к участию)» Филипп Моссэ говорит, что во Франции ими стали внешние консультации, численность которых суммарно по общемедицинскому, хирургическому и гинекологическому направлениям, составила в 2000 г. 25 млн. единиц, и их число постоянно растёт // Управление здравоохранением. № 13. – 2004. – С. 61. Так, во Франции ими стали внешние консультации, численность которых суммарно по общемедицинскому, хирургическому и гинекологическому направлениям, составила в 2000 г. 25 млн. единиц, и их число постоянно растёт

здравоохранения произошло исключение принципов рациональности. Затратный режим расходования общественных средств здравоохранения, во многом поддерживаемый и сегодня, обусловлен именно структурными перекосами, заложенными в его систему в тот период истории.

В эпоху трансформационных изменений в России и других республиках бывшего СССР произошли такие деструктивные процессы, как закрытие больниц, сокращение числа больничных коек и т.д., внешне напоминающие западный сценарий (рис.). Однако причиной тому послужили не принятые правительствами этих стран целенаправленные решения (как было в странах Европы, США и Канаде), а обстоятельства непреодолимой силы – трансформационные процессы.

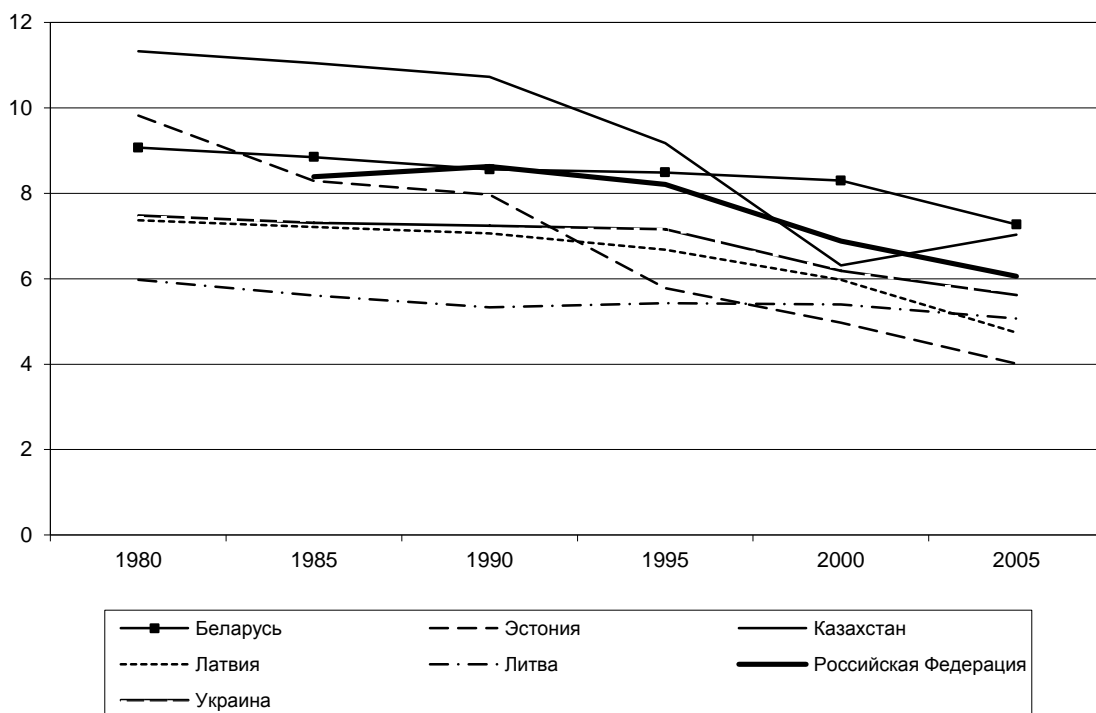


Рис. Количество больниц на 100 000 чел. населения в некоторых бывших советских республиках до и после распада СССР

Источник: Данные ВОЗ.

Приём больных в свете указанных негативных процессов также сократился (число госпитализаций в расчёте на 100 человек населения в странах бывшего СССР снизилось с 23 в 1985 г. до 15,4 в 1998 г.), однако сроки стационарного лечения больных были (в советский и постсоветский

периоды) и остаются (2000-е годы) все ещё значительно выше, чем в других странах Европы.

Действительно, согласно статистическим данным, базовые показатели здравоохранения – количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации в РФ значительно выше таковых в развитых странах, и это несмотря на заметное снижение в первые годы. Если по уровню общей госпитализации Россия близка к некоторым развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), то продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует скорее о низкой эффективности медицинской нежели о более широком предоставлении ее гражданам.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Официальный сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru>
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе / Европейское региональное бюро ВОЗ.– Копенгаген, 2002.– 157 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Текст] / Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
4. Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press. 2002. Buckingham, Philadelphia. p. 11.
5. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]: база данных. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>
6. OECDiLibrary URL: <http://www.oecd-ilibrary.org>
7. World Bank. URL: <http://data.worldbank.org/>