

Реформы здравоохранения в России: взгляд в прошлое и современность

Нурлыбаев А.М.

Сфера здравоохранения является если не важнейшей, то одной из наиболее значимых социальных структур. Необходимо отметить, что хотя массовое медицинское обслуживание появилось относительно недавно, услуги доктора, целителя, знахаря существовали издавна и были доступны лишь только высоким слоям общества.

Очевидным является тот факт, что для стабильного развития государства необходимо поддерживать и повышать общий уровень здоровья населения. Вопрос о реформировании системы здравоохранения в Российской Федерации на протяжении уже нескольких десятилетий стоит остро по ряду причин. К ним относятся в первую очередь тяжелая демографическая ситуация в стране, а именно отрицательный естественный прирост населения с 1992 года. Аномально высокая для развивающихся стран младенческая смертность, высокая смертность трудоспособного населения имеют одним из своих последствий все более активное обсуждение вопроса о реформировании системы здравоохранения.

В свете коренных политических преобразований в 1990-е, после распада СССР выявились определенные слабости советской здравоохранительной системы и ее низкая применимость в условиях новой реальности молодого государства, что потребовало от правительства радикальных шагов. Преобразования системы здравоохранения должно опираться на исторический опыт России.

Этапы развития российского здравоохранения

История российского здравоохранения начинается с получения христианскими монахами разного рода знаний врачевания из Византии. Подавляющее большинство заведений, где больные могли получить медицинскую помощь, представляло собой церкви и монастыри, а позже открытые при них больницы. В дореволюционной России слой крестьянства, живший преимущественно в деревнях, составлял абсолютное большинство. Однако основные действия государства были направлены на ликвидацию эпидемий в крупных городах. В 1861 году было отменено крепостное право, но крестьяне заметили перемены лишь после реформ Александра II 1864 года, когда в сельских районах были организованы разного рода социальные организации, обслуживавшие бедное население, в том числе медицинские (земская медицина). Основным средством финансирования таких медицинских организаций являлось налогообложение населения. Земская медицина, основанная на бесплатном централизованном предоставлении медицинских услуг всем гражданам, послужила фундаментом для советской медицинской системы, в ее рамках сформировалось множество организационных принципов, характерных для более поздней системы здравоохранения.

Рост промышленности в начале XX века, а также укрепление позиций рабочих способствовал появлению страховой медицины на фабриках и заводах. В 1912 году был принят закон о страховании рабочих от болезней и несчастных случаев, который предполагал лечение за счет собственников предприятий. Однако в той версии закона присутствовало множество оговорок, особенно о его территориальном влиянии, так что лишь небольшая доля и без того не самого крупного класса рабочих находилась под защитой государства.

Революция 1917 года и последующая гражданская война создали ряд новых проблем, которые было необходимо решить. В 1918 году Совет народных комиссаров РСФСР принял декрет "Об учреждении Народного

Комиссариата здравоохранения", главой которого стал Н.А.Семашко, автор советской системы здравоохранения, основанной на государственном централизованном обеспечении равного доступа всех граждан к медицинскому обслуживанию. Создание Народного Комиссариата здравоохранения (НКЗ) положило конец эпохе страховой медицины: все лечебные учреждения в стране подлежали национализации. Повсеместно организовывались санитарные отделы Советов, исполнявшие решения центральных органов здравоохранения.

Последующие годы прошли под лозунгом "От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда и быта". Данная задача успешно претворилась в жизнь во многом благодаря упомянутой выше системе Семашко. Подчеркивалась важность участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических заведений, важность оздоровления труда и быта. Также в это время было реформировано медицинское образование: в связи с острой нехваткой врачей и другого персонала, в университетах начали открываться медицинские факультеты.

В годы первых пятилеток, когда в приоритете властей стояла не социальная сфера, а промышленность, доля расходов на здравоохранение существенно сократилась, и особая роль уделялась здравпунктам на промышленных предприятиях, борьбе с профессиональными заболеваниями. Набирала темпы медицинская и фармацевтическая промышленность. Основным же методом лечебно-профилактической помощи стала диспансеризация, вышедшая далеко за рамки борьбы лишь с такими социальными болезнями, как туберкулез и венерические заболевания. В конце 1920-х годов появляются санитарно-эпидемиологические станции (СЭС), главной задачей которых являлась организация мероприятий по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями. В 1930 году осуществляется реформа образования, реорганизовавшая медицинские факультеты в самостоятельные институты и передавшая их из Народного Комиссариата

просвещения в НКЗ, что благоприятно сказалось на количестве выпускаемых врачей и другого персонала. Это также привело к разделению медицинских институтов на факультеты, что позволило подготавливать узкоспециализированные кадры, существенно возросло качество предоставляемых услуг.

В годы Великой Отечественной войны (1941-1944гг.) приоритетными задачами медицинских служб являлось обеспечение армии. Как никогда в этот период ощущалась нехватка хирургов, тогда было разработано множество методов организации медицинской помощи и собственно лечения. В 1944 году была учреждена Академия медицинских наук СССР. Чрезвычайно значимым организационным мероприятием этого периода стало объединение амбулаторно-поликлинических заведений с больницами в комплексы, именуемые объединенными больницами.

В послевоенный период советское здравоохранение, так же как и другие сферы, проходило процедуру восстановления. По официальным данным, уже к 1960 году число медицинских заведений, врачей и больничных коек значительно превысило довоенный уровень. В 1960-е годы большое внимание уделялось развитию служб, обеспечивающих население неотложной помощью, развивалась стоматология и рентгенорадиология. Однако финансирование здравоохранения по-прежнему продолжало осуществляться по остаточному принципу. Более того, вплоть до распада СССР в 1991г., снижалась доля государственного бюджета, выделяемая на сферу здравоохранения.

Система, направленная на борьбу с массовыми, в основном инфекционными заболеваниями путем санитарных противоэпидемиологических мер, становилась все менее эффективной в связи со стремительной трансформацией структуры заболеваемости и смертности: здравоохранение все чаще сталкивалось с иными формами патологии. Медицине советского периода, ориентированной на рост учреждений

здравоохранения как на панацею, было необходимо совершить качественный скачок вперед (При активном использовании методов лечебно-профилактической помощи СССР, которые получили признание во всем мире). Всемирная организация здравоохранения на международном совещании в Алма-Ате 1978 года оценила советскую организацию первичной медико-санитарной помощи как одну из лучших в мире.

Новейшее время и реформы

В 1980-е руководители сферы здравоохранения осознали необходимость проведения реформ. Страна была переполнена лечебными учреждениями, что влекло к неэффективности всей системы. Вместе с общими настроениями эпохи перестройки это обусловило начало реформ и в сфере здравоохранения. Первые меры были направлены на сокращение специализированной медицинской помощи и увеличение первичной, они были проведены в Ленинграде, Самарской и Кемеровской областях.

После распада Советского союза произошла децентрализация системы здравоохранения. В связи с повсеместным недостатком средств, охрана здоровья переживала глубокий кризис: больницам было не на что лечить больных, большая доля населения не имела возможности приобретать лекарства. Возникла чрезвычайно острая необходимость в реформах. В условиях экономической катастрофы начала 1990-х здоровье населения стремительно ухудшалось, сокращалась средняя продолжительность жизни. Вводилось обязательное медицинское страхование как альтернатива бюджетной системе здравоохранения. Начали происходить коренные сдвиги: появилось множество частных клиник, закупалось высокотехнологичное оборудование. Однако так и не были решены проблемы, связанные с низким финансированием отечественного здравоохранения.

Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию, на поиски новых источников финансирования. Главной новацией в этих реформах стала система обязательного медицинского страхования (ОМС). Для России, страдавшей регулярными дефицитами бюджета, введение ОМС, опирающегося на взносы из фонда оплаты труда, стало полезным дополнительным источником финансирования. Новое министерство здравоохранения также проводило ряд образовательных и административных реформ, начало подготовку врачей общей практики. Часты были случаи предоставления самостоятельности медицинским учреждениям, был изменен подход к оплате труда работников в данной сфере. Главной целью реформ была реабилитация всей системы здравоохранения, переход к её эффективному функционированию в новой рыночной экономике.



Источник: расчеты С.В. Шишкина по данным Росстата и Федерального фонда ОМС с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Рис. 1. Государственные и частные расходы на здравоохранение в ценах 1994 г., млрд руб.

При разработке реформ важнейшей задачей было обеспечить население основными медицинскими услугами. Предполагалось, что подобная реорганизация системы позволят достичь экономии достаточного количества

средств, чтобы обеспечить хотя бы минимальные потребности населения. Однако, к сожалению, на деле этого не произошло.

На сегодняшний день принято решение о переходе на одноканальное финансирование и широкий доступ частных компаний к госзаказу. Как видно из Рисунка 1., начиная с 1994г. доля частных инвестиций в здравоохранение значительно выросла. Таким образом, правительство продолжает путь реформ в направлении к смешиванию систем государственного и частного страхования, постепенно уменьшая долю финансирования здравоохранения из бюджета. Без сомнений можно предсказать будущий рост конкуренции в сфере предоставления страховых услуг, что должно сказаться на требованиях страховых компаний к медицинским учреждениям, а, следовательно, и на качестве предоставляемых услуг.

Итоги

Реформы российского здравоохранения стартовали во время коренных политических изменений и были вызваны действительной необходимостью. На сегодняшний день этот этап не завершен, здравоохранение Российской Федерации все еще находится в состоянии постепенной модернизации, однако все же можно сделать некоторые общие выводы.

Еще слишком рано судить о результатах и значимости проводимых реформ. Министерство здравоохранения больше не играет ключевой роли в планировании и управлении всей системой. Однако реформы, которые должны были существенно сдвинуть российское здравоохранение от системы Семашко к системе, способной давать результат и обеспечивать лечением спектр болезней индустриального и постиндустриального общества, затормозились. Предполагалось, что реформы позволят сэкономить средства для обеспечения минимальных потребностей населения, чего не произошло, хотя введение

обязательного медицинского страхования во многом облегчило проблему финансирования.

В действительности, возможно, причина неспособности здравоохранительной системы удовлетворять потребности населения лежит гораздо глубже проблемы выбора модели развития. Некоторые врачи (прим. Максим Осипов в споре с Е.Г.Ясиным) полагают, что корни всех зол российской медицины лежат в низкоквалифицированных кадрах.

Несмотря на то, что некоторые проблемы уже были частично решены правительством, современной структуре здравоохранения предстоит претерпеть еще достаточно изменений, только после которых, по истечении времени можно объективно судить об их эффективности.

Список используемой литературы

1. Вишневский А., Кузьминов Я., Шевский В., Шейман И., Шишкин С. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса // Полит.ру. Интернет журнал. 2006. URL: <http://www.polit.ru/article/2006/07/19/healthcare>
2. Миняев В.А., Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Спб.: МЕДпрессинформ, 2006. 528 с.
3. Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. М.: Академия, 2009. 560 с.
4. Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru>
5. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. URL: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index>
6. Чубарова Т.В. Реформы здравоохранения: финансирование отрасли. // Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент". Интернет ресурс. 2007. URL: <http://ecsocman.hse.ru/text/16207180/>
7. Шишкин С.В. Можно ли реформировать российское здравоохранение? // Полит.ру. Интернет журнал. 2006. URL: <http://polit.ru/article/2006/06/29/shishkin/>
8. Tragakes, E., Lessof, S. Health care systems in transition: Russian Federation. Copenhagen. : European Observatory on Health Care Systems, 2003. 197 P.