

УДК 614.2.001.12/.18 (470+571) (048.8)

Ю.В. Кирик, Н.А. Капитоненко

Эволюционные процессы здравоохранения в современной России (обзор литературы)

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск
Контактная информация: Ю.В. Кирик, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Резюме

В течение последних полутора-двух десятилетий активно развивается весьма сложное и многогранное научно-исследовательское направление - изучение эволюционных процессов системы российского здравоохранения и поиск эффективной модели функционирования отрасли. Данная статья представляет обзор отечественных и зарубежных публикаций посвященных, прежде всего, проблемам развития здравоохранения в России с начала XX века по настоящее время. Анализ научной литературы и исследовательских работ, позволяет выйти на новый уровень осмысления проблем, связанных со стратегическим и тактическим управлением отрасли.

Ключевые слова: эволюция, здравоохранение, управление, Россия.

Yu.V.Kirik, N.A.Kapitonenko

Evolutionary processes of health in real Russia (Literature review)

*Far East state medical university, Khabarovsk
e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Summary

In the last two decades is actively developing very complex and multifaceted research direction is the study of evolutionary processes system of the Russian health and the search for an effective model of functioning of the industry. This article presents a review of Russian and foreign publications devoted primarily to problems of development of public health in Russia from the beginning of XX century to the present. Analysis of scientific literature and research works, allows you to reach a new level of understanding of the problems associated with the strategic and tactical management industry. Analysis of the scientific literature and research works, allows you to reach a new level of understanding of the problems associated with the strategic and tactical management of health care.

Key words: evolution, health, governance, Russia

Введение

Здравоохранение представляет один из социальных институтов общества, включающий в себя совокупность организаций и практик, специализированных в сфере охраны здоровья населения, а также социально-типичных нормативных комплексов поведения индивидов и групп в этой сфере. На современном этапе развития страны перед Россией стоит непростая задача - развитие конкурентоспособной, эффективно управляемой, финансовой устойчивой системы здравоохранения.

Обсуждение результатов

В каждой стране система здравоохранения - это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса и национального характера народа. Какой-либо универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех не существуют [48, 49]. История российского государства прошла сложный путь развития, и сущность процессов происходящих в государстве влияли на формирование, функционирование, содержание его социального института - здравоохранение. Как описали в своих трудах В.В. Прохоров, О.П. Щепин, В.А. Медик и другие ученые формирование медицинской службы берет свое начало с глубокой древности, с открытия первых госпитальных больниц,

реформ Петра I, становления земской медицины [30, 34, 48, 55]. История развития здравоохранения, так же как и история развития государства - это исторический опыт народа, его социальная память, циркулирующая в обществе в виде монографий, брошюр, статей, в которых содержится ответ на вопрос о причинах вызревания кризисов и путях их преодоления [18]. В статье описывается развитие здравоохранения в России с 1918 года по настоящее время.

Здравоохранение в России после 90-х годов XX века, несмотря на изменения политических и социально-экономических систем государства было построено на основе земской медицины и принципов управления советской власти [60]. Развитие идей ведущих принципов советского здравоохранения: государственный характер, профилактическое направление, участие населения в мерах по охране здоровья, единство медицинской науки и практики впервые четко сформулировали в дореволюционный период величайшими деятелями отечественной медицины С.П. Боткиным, Г.Е. Рейном, Й.П. Франком. Тем не менее, возведение этих принципов в ранг государственной политики было осуществлено в России в первые годы советской власти [39].

Созданная государственная система здравоохранения в 1918 году получила название - модель управления Семашко - в честь первого народного комиссара здравоохранения, основателя советского здравоохранения,

в прошлом земского врача Николая Александровича Семашко. Содержательные основы земской медицины он активно проводил жизнь [43].

С одной стороны, разработанная политика и модель управления здравоохранения в начале советского периода в то сложное для страны время, позволили преодолеть кризис общественного здоровья. В советский период была восстановлена разрушенная медицинская сеть, введены санитарно-эпидемический контроль и противоэпидемические мероприятия, получили развитие меры профилактики и диспансерный метод наблюдения, совмещающий в себя лечение и профилактику болезней, заложены основы охраны материнства и детства, получили развитие медицинская наука и подготовка медицинских кадров, проводились мероприятия по расширению сети медицинских учреждений для оказания помощи сельскому населению [21]. Также была выстроенная система медицинских учреждений, которая позволила обеспечить четкую координацию деятельности разных медицинских организаций, как в плане обеспечения непрерывности лечебно-профилактического процесса, так и в плане передачи полноты информации о пациентах.

С другой стороны, ключевым исходным положением является вывод ученых о том, что на протяжении всего

советского периода в основу управления здравоохранением положена модель высокой централизации государственного управления, жесткий контроль и координация деятельности медицинских учреждений органами государственной власти, в сочетании с государственным финансированием за счет средств налогоплательщиков. Абсолютизация роли власти в управлении выстроенной неповоротливой системы здравоохранения привели к низкой эффективности деятельности медицинских организаций и отставание развития отрасли [58, 60, 61, 62]. Централизация управления здравоохранением, возведенная в абсолютный принцип, вместе с уже вступавшим тогда в силу остаточным финансированием здравоохранения, закладывали элементы несбалансированного развития системы здравоохранения [39].

Постоянное слияние власти и управления, усиление централизованной власти привели к этатизации общества т.е. его огосударствования [18]. Советская система здравоохранения обладала ригидностью, несмотря на общедоступное и всесторонне бесплатное медицинское обслуживание, граждане обслуживались по месту жительства или пребывания, были прикреплены к определенному учреждению и врачу. Во-первых, не был создан механизм конкуренции между учреждениями, что не позволяло развиваться системе. Во-вторых, положенный в основу государственной политики принцип доступности медицинской помощи для всех граждан страны,

не предусматривал равные возможности в получении качественной медицинской помощи [60]. Помощь предоставлялась дифференцированно различным группам населения в зависимости от их роли в государстве. Лучшего качества медицинская помощь предоставлялась населению городов и рабочих поселков, работникам предприятий основных отраслей промышленности (военной, топливной, металлургической, энергетической, железнодорожного и водного транспорта), что привело в последствие к диспропорциональному развитию отраслевых служб [21].

Управление материальными и кадровыми ресурсами медицинских учреждений различных уровней, осуществлялось в соответствии с иерархией. Финансирование учреждений осуществлялось в зависимости от их уровня, что повлияло на качество медицинских услуг. Медицинские работники имели статус государственных служащих, заработная плата оставалась низкой [58, 60]. Специализированная медицинская помощь была доступна лишь для определенной группы населения. Правительство предоставило право медицинским учреждениям оказывать платные услуги по отдельным, наименее значимым видам медицинской помощи. Тем не менее, на всем протяжении существования советской системы здравоохранения пациен-

ты были вынуждены неофициально платить за оказанные услуги [51, 61, 63].

К концу советского периода политика здравоохранения стала ориентироваться на развитие специализированной медицинской помощи, ростом подготовки врачей и увеличением коек. Получившие признание в 1978 году высокую оценку участниками конференции ВОЗ в г. Алма-Ата принципы организации первичной медико-санитарной помощи перестали быть приоритетными. Перераспределение ресурсов бюджетного финансирования здравоохранения между уровнями медицинской помощи с увеличением доли специализированной и снижением первичной медико-санитарной медицинской помощи привело к ее удорожанию и неэффективному использованию ресурсов. Вместе с тем, многие методы лечения и лекарственные препараты не развивались и были попросту недоступны гражданам. В результате страна, вначале догнавшая передовые страны Запада по продолжительности жизни и снижению детской смертности стала все больше и больше отставать [21, 33, 48, 51, 60].

Проблемы управления советского здравоохранения середины 80-годах прошлого века отражены в отечественных и зарубежных публикациях [6, 15, 28, 29, 33, 37, 38, 40, 41, 53, 54, 58, 62].

Длительное время управление системой отечественного здравоохранения основывалось преимущественно на прямом админи-

стрировании. Роль экономических методов управления практически игнорировалась.

Финансирование отрасли традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения, а не на конечных результатах работы. Медицинские учреждения ориентировались только на систему нормативов, разрабатываемых органами управления здравоохранения, в результате были лишены экономических стимулов к расширению объема деятельности и повышению качества. Преобладание чисто административных методов в сочетании с финансированием на основе ресурсных показателей стало основой экстенсивного развития здравоохранения. Вместо полноценного ресурсного обеспечения каждого случая оказания медицинской помощи, в условиях недофинансирования отрасли, средства расходовались на содержание, все расширяющейся сети медицинских учреждений [58].

В конце 70-х начале 80-х годов, в стране ухудшилась динамика демографических процессов, сокращалась средняя продолжительность жизни, начался рост детской смертности, рост смертности лиц трудоспособного возраста, ухудшалось состояние здоровья населения, показатели онкологической и сердечно-сосудистой заболеваемости оставались на высоком уровне [21, 29].

Накопившиеся нерешенные проблемы усугублялись перекадыванием государственной ответственности за охрану здоровья граждан на систему здравоохранения, что привело к усугублению противоречия между необходимостью усиления социальной роли здравоохранения и невозможностью улучшить состояние общественного здоровья лишь силами системы здравоохранения. По мере ухудшения ситуации в самом здравоохранении, его материально-технической и кадровой базах это противоречие все более обострялось. Среди населения нарастало недовольство уровнем доступности и качеством медицинской помощи. В конечном счете, ориентация политики здравоохранения на количественные показатели привела к признанию отставания развития отрасли от реальных потребностей населения в медицинской помощи [21].

Ученые исследовавшие проблемы отрасли, не принижая достижения советского здравоохранения, склонны считать, что в середине 80-х годов XX века система здравоохранения переживала кризис и нуждалась в экономической реформе [7, 8, 21, 27].

Первые попытки использования экономических методов управления начались со второй половины XX века. Политическими деятелями нашей страны после обоснования и апробирования экономических экспериментах в учреждениях здравоохранения ряда областей России по совершенствованию планирования, финансирования и управления здра-

вохранением в 1989 году было утверждено «Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении». Внедрением нового хозяйственного механизма (НХМ) был предусмотрен переход здравоохранения от отраслевого к территориальному принципу управления. Важное значение отводилось децентрализации управление отраслью, передаче основных полномочий государственного управления в субъекты, освобождению органов государственной власти от оперативных функций управления учреждениями здравоохранения и сосредоточение на стратегических задачах - медико-социальной, научно-технической и кадровой политики.

Основная роль в координации, управлении и финансировании здравоохранения территорий отводилась субъектам. Органы управления в районах и городах менее 800 тысяч человек ликвидировались и на их базе организовывались территориальные медицинские объединения (ТМО), в состав которых входили медицинские учреждения городского и районного подчинения. В соответствии с концепцией нового хозяйственного механизма основными фондодержателями были амбулаторно-поликлинические территориальные медицинские объединения на своей территории. Денежные средства им выделялись органами управления здравоохра-

нения субъекта или главным ТМО города, по нормативам в расчете на одного жителя обслуживаемой территории [5].

Идея фондодержания заключалась в том, что амбулаторно-поликлиническая служба обеспечивала собственную деятельность и деятельность других медицинских учреждений в случае обращения пациентов за стационарным лечением, консультацией, скорой и иных видов медицинской помощи [52, 53].

При таких условиях амбулаторно-поликлиническая служба заинтересована в рациональном использовании финансовых средств, поскольку полученную экономию при рациональной организации собственной деятельности, так и координации оказания медицинской помощи прикрепленному населению в других учреждениях может использовать на свое экономическое и социальное развитие [42].

При внедрении нового хозяйственного механизма особое значение для учреждений здравоохранения начала приобретать оценка эффективности деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений. В результате взаиморасчетов амбулаторно-поликлинических служб со стационаром, скорой медицинской помощи, другими учреждениями должны были обеспечить, во-первых, замену прямому администрированию договорным отношениям между субъектами, во-вторых, реструктуризацию отрасли, с учетом потребности населения медицинской помощи. Вместе с тем, величина норматива

бюджетного финансирования по территориям должна была определяться дифференцированно, с учетом потребности медицинской помощи. При перечисленных условиях, для медицинских организаций большое значение приобретало привлечение дополнительных средств на основании заключения договоров с организациями и привлечение личных средств граждан [45].

В условиях нового хозяйственного механизма требования к деятельности лечебных учреждений выражались в виде нормативных значений моделей конечных результатов, таких как показатели здоровья населения, эффективность использования ресурсов, качество трудового потенциала, социальная удовлетворенность и т.д. [45]. Таким образом, на основе совершенствования программно-целевых методов бюджетного планирования предполагалось формирование и включение в бюджетный процесс процедуры оценки результативности бюджетных расходов, поэтапный переход от сметного планирования и финансирования расходов к бюджетному планированию, ориентированному на достижение конечных общественно значимых и измеримых результатов [15].

Основными задачами НХМ стали развитие первичной медико-санитарной помощи и усиление профилактической направленности, экономии ресурсов до-

рогостоящей больничной помощи, развитие рыночных принципов во взаимоотношении между медицинскими организациями.

НХМ ненадолго переломил ситуацию к снижению расходов на здравоохранение. Исследователи НХМ отмечают, что новая система экономических отношений имела серьезные недостатки.

Во-первых, отсутствие единых методологических подходов к ценообразованию, финансированию, оценке деятельности медицинских работников и лечебных учреждений привели к необходимости на каждой территории разрабатывать свои критерии оценки качества медицинской помощи, конечных результатов стандарты ведения больных. Использование своих стандартов в субъектах и внедрение различных методик расчетов оплаты услуг при слабой экономической службе привели к снижению контроля за обоснованным финансированием медицинского учреждения [45].

Во-вторых, при условии нормативного подхода к формированию фонда оплаты труда, с расширением прав медицинских учреждений за счет бюджетных средств и дополнительных внебюджетных доходов в рамках НХМ, отрасль не получила ожидаемых бюджетных средств.

В третьих, нарастание кризисных явлений в экономике, рост темпов инфляции в сложной социально-экономической ситуации в стране в конце 80-х начале 90 - годов XX века, повышение цен в стране поглотили вы-

деленные экономические ресурсы в здравоохранение, резко обострили проблемы в отрасли. Тем самым, новая система экономических отношений не получила поддержки большинства территориальных органов управления здравоохранением, отраслевой науки, медицинских работников, населения. Слабые стороны, реформы были использованы для ее дискредитации и сдерживания распространения положительного опыта: сокращение очередей на госпитализацию в экспериментальных территориях, стремление врачей амбулаторно-поликлинического звена оказывать максимально возможную медицинскую помощь, возможность перепрофилирования освободившихся коек в стационарах. [5, 58]. Новый хозяйственный механизм был свернут без соответствующей оценки [50].

В 1993 году начался новый этап реформы отрасли. В дополнение к бюджетной системе здравоохранения была создана система медицинского страхования. Современная система медицинского страхования имеет двойственную природу, с одной стороны имеет, глубинные истоки уходящие корнями в до-революционную Россию - конец XX века, с другой стороны за ее основу бралась современная голландская модель [3, 44].

Расходы на здравоохранение в Голландии складываются из бюджетных средств (10 %), страховых взносов (80 %), индивидуальных вкладов граждан (10%). Средства государственного бюджета направляются на профилактику, иммунизацию, государственные программы, субсидии университетским клиникам. Страховые средства, из которых 65 % приходится на национальную систему обязательного социального страхования и 15 % - на добровольное медицинское страхования, направляются на лечение и уход по болезни в соответствии с Законом о социальном страховании здоровья, и для оказания длительного ухода или дорогостоящего лечения в соответствии с Законом об адресных ассигнованиях на медицинскую помощь. Страховые взносы застрахованных складываются из средств работодателя и средств самого застрахованного. Размер взносов зависит от уровня дохода застрахованного. Социально уязвимые группы населения пользуются медицинскими услугами за счет страховых средств по обязательному социальному страхованию. Треть граждан в стране не работающие в общественном секторе и имеющие высокий уровень дохода не подлежат обязательному медицинскому страхованию и получают страховые полисы добровольного медицинского страхования в коммерческих страховых компаниях. При этом качество оказания медицинской помощи и ее доступность двух видах страхования одинаковая. Финансирование медицинской помощи осуществляется больничными фондами, ак-

кумулярующие средства обязательного страхования и страховыми компаниями, аккумуляющие средства добровольного страхования с врачами общей практики на подушевой основе и с больничными учреждениями за оказанные услуги. Стратегия финансирования здравоохранения в Голландии направлена на оплату из общественных фондов только необходимые, эффективные, и дающие результат виды медицинской помощи, сохраняя приоритет профилактики по сравнению с лечением [14].

В России были сформированы территориальные фонды обязательного медицинского страхования для аккумуляции денежных средств, предназначенные для оплаты медицинских услуг. Средства фондов складывались из бюджетных средств и страховых взносов работодателей. Граждане в формировании страховых медицинских фондов не участвовали. В свою очередь добровольное медицинское страхование являлось дополнительным к обязательному страхованию, страхователями которого являлись граждане и предприятия, а источниками - личные средства и прибыль.

Анализ становления и развития обязательного медицинского страхования в России, финансирование системы здравоохранения и ее управления представлены в работах А.И. Вялкова, Н.Ф. Герасименко, В.В. Гришина, Н.А. Капи-

тоненко, Ю.М. Комарова, В.З. Кучеренко, Ю.П. Лисицына, А.В. Решетникова, В.Ю. Семенова, В.И. Стародубова, В.Н. Родионовой, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина, В.О. Щепина, О.П. Щепина и ряда других авторов [9, 12, 13, 22, 23, 24, 25, 35, 38, 40, 53, 56, 57].

Оценивая процесс становления и развития медицинского страхования в России Н.Л. Антонова, Ю.М. Комаров отмечают, что преобразования в здравоохранении, которые происходят до настоящего времени в России, осуществляются, так же, как и в советское время, в первую очередь в интересах власти. Реформирование здравоохранения, организация и механизмы функционирования медицинского страхования осуществляются государством без учета мнения медицинской общественности и населения [3, 23].

Выбранная реформаторами стратегия развития здравоохранения и введение медицинского страхования в России было связано с реализацией программы трансформации прежней государственной социалистической системы в капиталистическое рыночное хозяйство [28]. Модель медицинского страхования в России была разработана с целью замены системы бюджетного финансирования отрасли [58]. На выбор медицинского страхования повлияла успешная практика его использования в Голландии, Швеции и других развитых европейских странах, но в программе, разработанной российскими экономистами и политиками, не учитывались отечественные особенности развития системы охраны здоро-

вья населения [50]. В связи с чем, реформа системы здравоохранения выявила ряд ключевых организационно-экономических проблем, присущих современному состоянию российского здравоохранения [58].

Принимая решение о введении медицинского страхования, управление системой здравоохранения осталось прежним [28]. Новые организационные структуры - фонды обязательного медицинского страхования вводились в старую административную систему [50]. В свою очередь в стратегии реформы были предусмотрены методы децентрализации финансирования и управления здравоохранением, включающие разграничение полномочий между федеральными и региональными органами государственной власти, органами местного самоуправления. При этом бюджетное финансирование базовых видов оказания медицинской помощи было сохранено [9, 13, 20, 22, 24, 25, 35, 40, 54].

Государственное финансирование медицинских организаций быстро и резко сократилось, и недостаток средств, предназначенных для оказания медицинской помощи, предлагалось компенсировать частично за счет средств обязательного частично добровольного медицинского страхования [28].

Целью организации обязательного медицинского страхования стало оказа-

ние медицинской помощи на законодательных условиях в гарантированных размерах всем категориям граждан за счет капитализированных денежных средств полученных путем сбора налогов уплачиваемых работодателями и страховых взносов органов исполнительной власти и местного самоуправления. Система обязательного медицинского страхования стала составной частью государственной системой социальной защиты населения и финансовым механизмом обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг [4, 34]. Введение обязательного медицинского страхования по существу превратилось в простое перераспределение средств в здравоохранении [50]. Поскольку средств для полноценного финансирования обеспечения медицинской помощью населению было недостаточно, органы государственной власти приняли решение о делегировании полномочий региональным властям о введении на своей территории обязательного медицинского страхования, что привело не только к значительным территориальным различиям в скорости и объеме проводимой реформы, но и в формировании различных моделей обязательного медицинского страхования в субъектах [29, 50]. Очевидно, что созданная система обязательного страхования стала громоздкой, опускаемые денежные средства на страхование не контролировались главными плательщиками, и в итоге проводимые мероприятия

не оказали существенного воздействия на основные тенденции развития здравоохранения [29, 64, 65]. Вместе с тем, добровольное медицинское страхование в России развитие не получило по причине несовершенства нормативно-правового законодательства. В отличие от голландской модели в нашей стране это страхование предусматривалось как дополнительное, при условии, что наибольшая часть населения страны неплатежеспособное [2].

В условиях недостатка денежных средств отпускаемых на здравоохранение и различием в финансировании медицинских организаций различного уровня и различных субъектов, государством гарантировалась, унаследованная с советских времен бесплатная медицинская помощь, включающая в себя широкий набор услуг для всех групп населения. Реальностью установленного набора бесплатной медицинской помощи явилось то, что фактическое наличие услуг значительно отличалось для разных групп населения, в зависимости от территориального проживания и их социальной принадлежности [62].

В свою очередь в условиях формирования рыночной системы в России для обеспечения равных возможностей гражданам получения медицинской помощи одним из элементов политики здравоохранения стало конституцио-

нальное закрепление частной системы здравоохранения. На практике необходимые законодательные, экономические, и социальные условия для развития частного сектора созданы не были [1]. Выходом из положения, стало простое рыночное решение, разрешение государственным медицинским организациям, оказывать дополнительные платные услуги населению сверх нормативов бесплатной медицинской помощи [62].

Исследования, посвященные предоставлению медицинской помощи на платной основе отражены в работах Акопяна А.С., Габуевой Л.А., Кадырова Ф.Н., Тихомирова А.В., авторского коллектива С.В. Шишкина, Г.Е. Бесстремянной, М.Д. Красильниковой, Л.Н. Овчаровой, В.А. Чернец, А.Е. Чириковой, Л.С. Шиловой и многими другими научными деятелями [1, 10, 19, 36, 47].

Набор медицинских услуг находится в прямой зависимости от имеющихся ресурсов в медицинских организациях. При введении медицинского страхования порядок бюджетного финансирования медицинских учреждений, связанный с их содержанием был сохранен. Средства по смете в организации поступали из соответствующего бюджета, в зависимости от уровня учреждения. Одним из проявлений политики в системе здравоохранения стала экономия бюджетных средств. В течение двадцати последних лет средства расходовались в основном на оплату труда персонала и коммунальные расходы. Денежных средств поступающих на закупку лекар-

ственных препаратов, материалов, нового оборудования, капитальный и текущий ремонт не оставалось [28]. В свою очередь, уровень оплаты труда, впрочем, как и на всем протяжении развития российского здравоохранения оставался низким и не зависел от результатов профессиональной деятельности, определялась фактически отработанным временем. А в условиях развития рыночного хозяйства ситуация еще более усугубилась, так как система оплаты труда в учреждениях здравоохранения ориентирована в течение всего времени существования системы страхования на заданные бюджетным финансированием подходы [58].

Недостаточность инвестиций в основные фонды, нехватка основных ресурсов, медленный технологический процесс, низкая заработная плата и стимулирование работников здравоохранения привели к дисбалансу в структуре медицинских организаций, низкому качеству и доступности медицинской помощи.

В отечественной литературе вопросы качества медицинской помощи рассмотрены в трудах Галановой Г.И.; Дьяченко В.Г.; Кучеренко В.З; Линденбрата А.Л.; авторскими коллективами Назаренко Е.И. Полубенцевой Г.И.; Сквирской Г.П., Кузик В.Ф., Полежаевой Н.И.; Тимофеевым И.В., Чавпещо-

вым В.Ф, Грицак О.В. и другими учеными [11, 16, 24, 26, 32, 46].

Впоследствии разрыва между расходами на оказание медицинской помощи и доступными государственными ресурсами, нечеткость государственных гарантий, неразграниченность условий получения медицинской помощи без условий оплаты и на платной основе явились факторами, противодействующие росту качества бесплатной медицинской помощи и привели к сдвигу в сторону частных платежей граждан в момент получения медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранению и расширению сектора частных медицинских организаций [57]. Соучастие граждан в оплате медицинских услуг, входящих в гарантированный набор является незаконным [56]. Руководители медицинских учреждений и врачи за годы рыночных реформ сформировали компенсирующие источники доходов, с целью повышения заработной платы. Соучастие граждан в оплате медицинской помощи в разных регионах России варьирует [57, 65].

Расширение платных услуг, отсутствие четкого определения предмета легальных платных услуг, не урегулированные вопросы установления цен на них, максимально отражающие принцип рыночного ценообразования привели к росту неформальных платежей [57]. Проблема равной доступности медицинской помощи для жителей различных тер-

риторий страны, а также сельского и городского населения еще больше обострилась.

Неформальные платежи в системе здравоохранения являются не только российской проблемой. Проведенные исследования систем здравоохранения стран с переходной экономики Западной и Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии показали, что лишь в не многих странах отсутствуют неформальные платежи или их уровень распространения невысок. К ним относятся Чешская республика, Словения, Эстония. В этих системах здравоохранения зарплаты являются относительно высокие и нет нехватки материалов [56].

Тем не менее, российская система финансирования отрасли в условиях обязательного медицинского страхования не защищает население от финансовых рисков, связанных с необходимостью оплачивать медицинскую помощь. В условиях недофинансирования бесплатных медицинских услуг со стороны государства финансовые риски перекладывают на пациентов. Несмотря на то, что проблемы неравенства в финансировании здравоохранения существовали и ранее, в последние два десятка лет они значительно углубились в результате роста бедности населения и сокращения государственных расходов [56].

Как отмечают в своих работах Шеймайн и Шишкин, переход от государственной модели к бюджетно-страховой модели финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации в 1993 году был неполным. Процесс внедрения обязательного медицинского страхования, как отмечалось ранее, в разных субъектах развивался не одинаково, при этом контроль федеральными органами власти осуществлялся плохо и зависел от отношения к нему региональных властей [64, 65].

Что касается управления отраслью, то на всем протяжении времени существования медицинского страхования между органами управления здравоохранением и медицинскими учреждениями была выстроена интегрированная система отношений, а не договорные отношения как предусматривает модель медицинского страхования в условиях рынка. В этом случае органы управления здравоохранения, совмещая функции финансирования и оказания медицинской помощи, просто оплачивают ресурсы, без учета конечных результатов деятельности системы здравоохранения. В результате чего денежные средства используются неэффективно. Авторский коллектив В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клебасов отмечает, что основой договорных отношений между заказчиком (органами государственной власти) и исполнителем (медицинскими организациями) является согласованный план медицинской помощи (государ-

ственный заказ) с акцентом на поиск наиболее рациональных маршрутов и эффективных вариантов удовлетворения медицинской помощи [58].

Вместе с тем, в отличие от реформируемых западных систем в стратегии реформы российского здравоохранения отсутствуют конкурентные механизмы. Российская модель с жестким территориальным прикреплением населения к медицинским организациям сдерживает формирование рыночной среды, поскольку ограничивает выбор врача пациентами [58].

Что касается состояния здоровья населения, то в сложившихся социально-экономических условиях последних два десятка лет оно ухудшилось. У взрослого населения отмечен рост заболеваемости сердечно-сосудистой патологии, травматизма, новообразований. У беременных женщин увеличивается число патологических состояний. Обострившиеся в переходный период социальные проблемы детей и подростков способствовали ухудшению их состояния здоровья. У подростков растет число инфекционных заболеваний, включая туберкулез и сифилис, психических расстройств, алкоголизма, наркомании. Среди детей и подростком наблюдается рост онкологических заболеваний, болезней эндокринной системы, расстрой-

ство питания, нарушение обмена веществ и иммунитета [33].

Проблемы отрасли проявляются в настоящее время в низком качестве медицинской помощи, ослаблении профилактической работы, высокими показателями заболеваемости и смертности населения, нарастании недовольства населения уровнем здоровья и доступностью медицинской помощи. Медицинские учреждения современной России сталкиваются с многочисленными трудностями социально-экономического, культурного и управленческого характера [17]. Как отмечают Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова, создание эффективной и общедоступной системы здравоохранения оказалось сложной проблемой для России [33].

Следует признать, что государственное финансирование программ в последние годы таких как национальный проект «Здоровье», «Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан», модернизация здравоохранения, стали селективным финансированием проблемных зон в обеспечении государственных гарантий [31, 57]. Основным инструментом дальнейшей модернизации здравоохранения до 2020 года должна стать государственная программа «Развитие здравоохранения». Программа разработана в дополнение к предыдущим программам по тем же методам и принципам. Программа обеспечивается недостаточным финансированием, основные в ней направления развития

здравоохранения в Российской Федерации разработаны непоследовательно. Следует отметить, что планируемое изменение структуры источников бюджетного финансирования в пользу региональных бюджетов к 2015 году повлечет сокращение государственного финансирования медицинских организаций и усилит и без того имеющиеся различия между субъектами [59].

В настоящее время в России проводится дальнейшее реформирование бюджетной системы здравоохранения, с целью оптимизации расходов и их приведение к рациональным размерам. В связи с чем, сметное планирование расходов в деятельности медицинских организаций заменяется бюджетированием, ориентированном на результат при переходе на одноканальное финансирование. Выбранный метод может дать положительные результаты при соблюдении следующих условий. Система оплаты медицинской помощи должна сдерживать действие затратного механизма, ориентироваться на укрепление и повышение роли амбулаторно-поликлинической помощи, обеспечение возможности формирования наиболее рационального объема и структуры оказания медицинской помощи. Для достижения целей охраны здоровья населения необходимо органично встроить рыночные механиз-

мы в систему государственных планов функционирования отрасли [58].

Заключение

Таким образом, всесторонний анализ многочисленных публикаций по реформированию российского здравоохранения в различные исторические периоды позволяет изучить опыт политики здравоохранения в Российской Федерации, который поможет определить дальнейшие цели реформы в конкретном политическом контексте.

Список литературы

1. Акопян А.С. Здравоохранение в рыночной России // *Общественные науки и современность*. - 2004. - № 6. - С. 58-59.
2. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Проблемы реорганизации здравоохранения в России // *Мир*. - 2011. - № 2. - С. 66 - 72.
3. Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // *Научно-теоретический журнал «Научные проблемы гуманитарных исследований»*. - 2011. - Выпуск. 2 - С. 230 - 235.
4. Асотова Т.А., Прохоров Е.В. Влияние фонда обязательного медицинского страхования на эффективность развития системы здравоохранения // *Вестник северо-восточного государственного университета*. - № 19. - 2013. - С. 68-71.

5. Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. - Казань, 1996. - 242 с.
6. Васильцова Л.И. К оценке преобразований здравоохранения региона // Известия Уральского государственного экономического университета. - 2004. Т.9 - С. 36-43.
7. Вишняков Н. И., Петрова Н.Г., Макушенко Е.В. Здравоохранение как системообразующий фактор здоровья населения. - СПб., 1999. -124 с.
8. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов: монография. - М: Триумф, 1999. - 189 с.
9. Вялков А.И. Социально-гигиеническое обоснование реформы здравоохранения на территориальном уровне: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. - М., 1994. - 25 с.
10. Габуева Л.А. Предпринимательская деятельность учреждений здравоохранения., М.: Грантъ. - 2002. - 944 с.
11. Галанова Г.И. Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населению: дис. ... д-ра мед. наук. - Москва, 2000. - 268 с.
12. Герасименко Н.Ф. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы // Экономика здравоохранения. - 1997. - № 1. - С. 5-7.
13. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. - М.: 1997. - 206 с.
14. Доклад Российской медицинской ассоциации: Здравоохранение России взгляд в будущем / Подготовил Ю.М. Комаров. - Москва. - 2004. - 167 с.
15. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях // Научные труды. - № 105Р/ Ин-т экономики переходного периода - М.: ИЭПП, 2007. - 112 с.
16. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. - Хабаровск: Изд. центр ДВГМУ. - 2007. - 490 с.
17. Ермакова С.Э. Российское здравоохранение до и после кризиса: состояние и проблемы // Экономика и управление. - № 11 (72). - 2010. - С. 81 - 86.
18. Игнатов В.Г. История государственного управления России / Отв. ред. В.Г. Игнатов. - Ростов н/Д: Феникс, 2002. - 608 с.
19. Кадыров Ф. Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении . - М.: Грантъ, 2003. - 306 с.
20. Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н, Жильцова. М.: Медицина, 1994. - 304 с.
21. Здравоохранение России XX века / Под редакцией Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. - М., - 2001.- 320 с.
22. Капитоненко Н.А. Научное обоснование и обеспечение реализации основных направлений реформы здравоохранения на регио-

- нальном уровне: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.- М., 1999.- 47 с.
23. Комаров Ю.М. Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения. - Управление здравоохранением. - 2006. - № 3. - С. 31.
24. Кучеренко В.З. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования. - М.: ФФОМС, 1999. - 315 с.
25. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. М., Гэотар-мед., 2008. - 560 с.
26. Линденбратен А.Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: дис. ... канд. мед. наук. М., 1994.- 305 с.
27. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья: Обзор (актуальные задачи, решения, рекомендации). - М.: РАМН, 1994.- 134 с.
28. Марк Дж.Филд, Девид. М.Котц, Джин Бухман. Неолиберальная экономическая политика и кризис в здравоохранении / Марк Дж.Филд, Девид. М.Котц, Джин Бухман // Проблемы теории и практики управления - международный журнал. - 1998. - № 4. - URL:.
29. Матинян Н.С. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам // [Электронный ресурс]: Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». - 2008 г. - № 3. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/74/30/language.ru/>.
30. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. - М.: РИОР; ИНФА-М, 2012. - 358 с.
31. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева, И.М. Шейман, С.В. Шишкин / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина- М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010. - 232 с.
32. Назаренко Г.И., Полубарцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. - М.: Медицина, 2000. - 367 с.
33. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. - М., МАКС Пресс, 2007. - 292 с.
34. Прохоров Б.Б. Общественное здоровье в России за 100 лет (1897-1997) // Россия в окружающем мире: 2000. (Аналитический ежегодник). М.: Изд. МНЭПУ, 2000. - 328 с.
35. Решетников А.В. Процессное управление в социальной сфере. - М.: Гэотар, 2001. - 632 с.

36. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет (монография) / Авт. коллектив: С.В. Шишкин (руководитель коллектива), Г.Е. Бесстремьянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова. - Независимый институт социальной политики. - М., 2004. - 196 с.
37. Семенов В.Ю. Проблемы оценки деятельности системы в условиях реформы // Вестник ОМС.- 1999. - № 1. - С.14-21.
38. Семенов В.Ю. Опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах/В.Ю. Семенов, В.В. Гришин - М., 1997. - 256 с.
39. Сорокина Т.С. История медицины /В 2-х т. - Т.2. - М.: Изд-во РУДН, 1992. - 27 - 387 с.
40. Стародубов В.И., Лисицын Ю.П., Родионова В.Н. Вопросы управления медицинскими учреждениями в условиях ведения медицинского страхования. - Москва. - 1994. - 32 с.
41. Стародубов В.И. Реформы российского здравоохранения: настоящее и будущее // Здравоохранение. - 1999. - № 4. - С. 7-12.
42. Степанов И.М., Головщинский К.И. Основные направления создания системы фондодержания в Удмуртской Республики: препринт WP8/2011/04 // Высшая школа экономики. - М.: Изд.
- дом Высшей школы экономики. - 2011. - 40 с.
43. Рыбакова Е.О. Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения 1917-1936 гг.: автореф. дисс. ... на соискание ученой степени канд. юр. наук. - М., 2010. - 24 с.
44. Таранов А.М. Основные результаты деятельности системы ОМС за 10 лет и неотложные задачи ее совершенствования // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. - 2003. - № 4. - С.4-10.
45. Татарников М.А. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения // Экономика здравоохранения. - № 2. - 2006. - С.30-35.
46. Тимофеев И.В., Чавпевцов В.Ф., Грицак О.В. с соавт. Современное состояние проблемы обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества // Менеджер здравоохранения, 2009. - № 11. - С. 8 - 11.
47. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М.: Статут, 2001. - 256 с.
48. Тэннер Майкл. Пирамида Семашко // Эксперт.- 01-08-2011.- № 30-31 (764).- С.68-72.
49. Тэннер Майкл. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах/М. Тэннер// [Электронный ресурс]: официальный сайт Inliberty «Среда обитания». - URL.: <http://www.inliberty.ru/library/study/1392/>.

50. Чубарова Т.В. Здравоохранение: финансирование отрасли / Т.В. Чубарова. - [Электронный ресурс]: Информационно-аналитический портал «SocPolitika.ru» - URL: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4458.shtml>.
51. Шадеркина В.А., Болотова Е.В. Система советского здравоохранения Семашко [Электронный ресурс]: Урологический информационный портал URL: <http://uroweb.ru/print/11354>.
52. Шевский В.И., Шейман К.М. Системы фонддержания в здравоохранении: типология, содержание условия реализации // Здравоохранение. - 2008. - № 4. - С. 27-43.
53. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. - М.: Издатцентр, 1999. - 337 с.
54. Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении: монография. - М.: ТОО «Рарогъ», 1997. - 224 с.
55. Щепин О.П. Проблемы реформы здравоохранения (круглый стол редакции журнала «Российская Федерация сегодня») //Российская Федерация сегодня. - 2005. № 3. - С.23-26.
56. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. - М.: Институт экономики переходного периода. - 2000. - 444 с.
57. Шишкин С.В. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения /С.В. Шишкин, Л.Д. Попович - М. : ИЭПП, 2009. - 112 с.
58. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкраев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов. - Новосибирск. - ООО «Альфа-ресурс». - 2012. - 314 с.
59. Экспертный доклад НИУ ВШЭ об основных направлениях бюджетной политики на 2013 -2015 гг. / Н.В. Акиндинова, Г.В. Андрущак, М.Я. Блинкин, Я.И. Кузьминов, Н.В. Лисин, И.М. Шейман, С.В. Шишкин, Л.И. Якобсон [Электронный ресурс]. - URL: <http://www.hse.ru/data/2012/07/30/1258275533/onbp2013-2015.pdf>.
60. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, and Mathivet B. Russian Federation: Health system review. Health system in Transition, 2011; 13(7):1-190.
61. Davis C. The second economy in disequilibrium and shortage models of centrally planned economies. Berkeley-Duke Occasional Papers on the Second Economy in the USSR, No. 12. Durham, NC, Duke University Press. - 1988. - P. 233-262.
62. Davis C. Reforms and performance in medical systems in the transitional states of the former Soviet Union and eastern Europe. International Social Security.- Review. - 2001. - P. 54(2-3):7-56.
63. Sampson. The second economy of the Soviet Union and eastern Europe. Annals of the American Academy of Political and Social

Обзор литературы Ю.В. Кирик, Н.А. Капитоненко

Эволюционные процессы здравоохранения в современной России (обзор литературы)

Sciences, 493(September). - 1987. - P.

120-136.

64. Sheiman I. From Beveridge to Bismarck: health financing in the Russian Federation. In: Schieber G, ed. Innovations in health care financing. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC, World Bank. - 1997 P. 65-76.
65. Shishkin S. Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia. Croatian Medical Journal. 1999. - P. 40(2):195-201.