

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

СЕНТЯБРЬ
ОКТАБРЬ
1996

5

ТОМ
LXXVII

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 614.2(470)

ПРИЧИНЫ КРИЗИСА И НЕОБХОДИМОСТЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Н.Х. Амиров, В.Ю. Альбицкий

Кафедра гигиены труда и профессиональных заболеваний (зав. — чл.-корр. РАМН, проф. Н.Х. Амиров), кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — проф. А.Н. Галиуллин) Казанского государственного медицинского университета

Необходимость реформирования системы здравоохранения обусловлена тремя причинами: переходом страны к рыночной экономике на фоне глубокого экономического кризиса, охватившего Россию, ухудшением состояния здоровья населения, полной истощенностью и фактической несостоятельностью крайне централизованной, административно (командно)-распределительной системы здравоохранения.

События эпохального масштаба, произошедшие в нашей стране во второй половине 80-х и начале 90-х годов, не могли не сказаться на состоянии общественного здоровья. Кризис в экономике, мучительный переход к рыночным отношениям, обнищание и интенсивная социальная психопатизация (потеря жизненных ориентиров, ощущение ненадежности, незащищенности и, как следствие, пессимизм, рост психосоматических расстройств, алкоголизма, наркомании и т.п.) значительной части населения стали, по существу, ведущими (основными) факторами риска для здоровья россиян.

О негативных тенденциях в состоянии общественного здоровья убедительно свидетельствуют данные о есте-

ственном движении населения России и Республики Татарстан (рис. 1 и 2). В стране сложилась кризисная, не свойственная мирному времени медико-демографическая ситуация, которая характеризуется резким снижением рождаемости, высокой общей, младенческой и материнской смертностью, значительной депопуляцией населения, беспрецедентным снижением средней продолжительности жизни и увеличением расхождения ее показателей у мужчин и женщин [1]. Если к этому добавить заметное постарение населения с существенным преобладанием женщин в пожилом возрасте, дальнейшую хронизацию патологии, рост распространенности ряда инфекционных заболеваний, особенно дифтерии, сифилиса, туберкулеза и дизентерии, то констатация кризиса в состоянии здоровья населения России не покажется преувеличением. Наблюдаемый переломный момент своим происхождением обязан как настоящему, так и вчерашнему дню. Проиллюстрируем это на примере рождаемости и общей смертности, когда снижение первой и рост второй создали феномен отрицательного прироста населения.

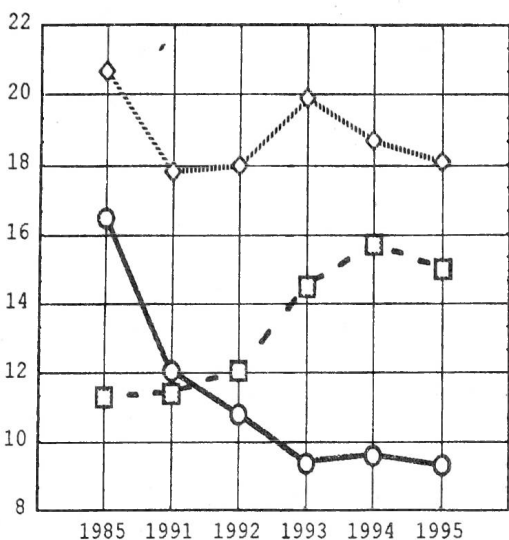


Рис. 1. Динамика естественного движения населения в России (на 1000 человек).

Обозначения: сплошная линия с кружками — рождаемость, прерывистая линия с квадратами — смертность, линия с ромбиками — младенческая смертность (на 1000 родившихся).

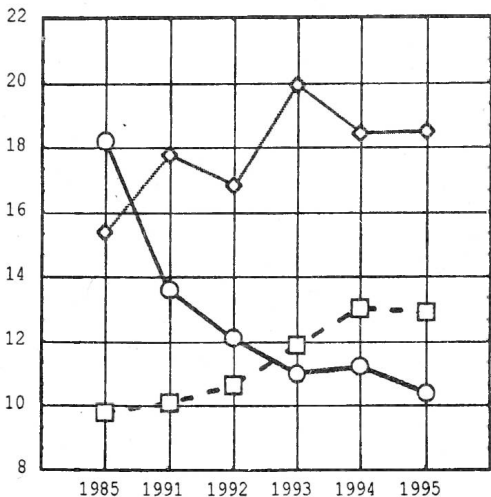


Рис. 2. Динамика естественного движения населения в РТ (на 1000 человек).

Обозначения: те же, что в рис. 1.

Отрицательную динамику рождаемости в 1987—1993 гг. сформировали следующие факторы: сложившаяся в 70—80-х годах из-за непродуманной государственной демографической политики установка на малодетную семью; “демографическое эхо” последствий Великой Отечественной войны — резкое уменьшение в структуре населения числа женщин наиболее плодовитого возраста (18—30 лет); падение жизненного уровня населения. Так, к началу 1994 г. стоимость набора вещей, необходимых новорожденному в

возрасте до 3 месяцев, составляла в Москве 303 тыс. рублей и в 3 раза превышала величину среднемесячной заработной платы работников всех отраслей экономики, в 4,5 раза — месячный среднедушевой номинальный денежный доход и в 7 раз — прожиточный минимум [2].

С одной стороны, рост общей смертности обусловил нарастающее постарение населения России — с 1959 по 1992 г. доля лиц 60 лет и старше увеличилась с 9 до 16,5%, что прежде всего сказалось на росте смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (с 6,1% в 1987 г. до 7,6% в 1993 г.). С другой стороны, значительно возросло число смертных случаев, связанных с травмами и отравлениями, которые в 1993 г. переместились в структуре причин общей смертности, потеснив новообразования, с третьего на второе место. По сравнению с 1987 г. смертность от отравлений алкоголем возросла в 4,3 раза, от убийств — в 4,1 раза, от самоубийств — в 1,7 раза. Наиболее остро эта отрицательная тенденция коснулась лиц трудоспособного возраста: травмы и отравления в 1993 г. были причиной смерти каждого второго умершего в трудоспособном возрасте мужчины и соответственно каждой третьей женщины. Результатом указанных тенденций в естественном движении населения стало в 1989—1994 гг. сокращение ожидаемой (средней) продолжительности жизни у мужчин на 6,9 года, у женщин — на 3,4 года. В 1994 г. ожидаемая продолжительность жизни россиян составила у мужчин 57,3 года, у женщин — 71,7.

Наряду с социально-экономическими причинами, сложившуюся ситуацию с общественным здоровьем обусловили суть, формы и состояние системы отечественного здравоохранения. Россия была первой в мире страной, создавшей в 1918 г. революционным путем государственную (бюджетную) систему здравоохранения. В первые 30—35 лет советской власти были достигнуты замечательные результаты в деле охраны здоровья населения: ликвидирован ряд массовых инфекционных и паразитарных заболеваний; резко снижена распространенность социальных болезней (малярия, оспа, холера, тифы,

трахома, туберкулез, венерические заболевания); в несколько раз уменьшилась общая, детская и младенческая смертность; фактически сравнялась с показателями экономически развитых стран средняя продолжительность жизни. Эти признанные успехи были достигнуты благодаря, во-первых, концентрации в руках государства весьма скромных материальных, финансовых и кадровых ресурсов отрасли здравоохранения, использование которых для решения проблем первой эпидемиологической революции оказалось более эффективным, чем разрозненных ресурсов частной медицины в капиталистических странах того времени. Во-вторых, в борьбе с массовыми инфекционными и социальными болезнями в первую очередь и главным образом решающую роль играли именно государственные и организационные, нежели сугубо медицинские и индивидуальные (поведенческие) меры. Однако, когда в 60-е годы началась эра второй эпидемиологической революции и на первый план вышла задача борьбы с болезнями инволюционного порядка (сердечно-сосудистая, онкологическая, эндокринная патология и др.), советское здравоохранение оказалось неспособным адекватно ответить на вызов времени.

Прежде чем вскрыть причины застоя и кризиса системы социалистического здравоохранения, укажем на одно важное обстоятельство. Советский Союз, создав впервые в мире бюджетную (централизованную, государственную, национальную) систему здравоохранения, хотя и на почве тоталитарного государства (методологии тоталитаризма), показал и доказал необходимость государственного регулирования в области охраны здоровья населения. Этого не следует забывать. Это является вкладом нашего отечества в мировую медицину. Ибо во многом успехи экономически развитых стран стали возможными благодаря переносу (восприятию, но на почве демократического общества) российского опыта — значительному увеличению участия государства в решении проблем здравоохранения.

Одним из важнейших законов тоталитарной коммунистической орга-

низации является полное огосударствление всех отраслей народного хозяйства, то есть создание гигантских государственных монополий. Любая же монополия, как свидетельствуют история и экономическая наука, из-за отсутствия конкуренции непременно приводит к таким результатам, как диктат производителя над потребителем, обслуживание монополией прежде всего своих внутренних нужд, ее неспособность решать задачи, вытекающие из общественных интересов и индивидуальных потребностей граждан (застой). В полной мере это относилось и к системе советского здравоохранения. Вобрав в себя фактически всю инфраструктуру, все медицинские учреждения, медицинские кадры, платежные средства, получив безоговорочное право оплачивать им же произведенные медицинские услуги, оно превратилось в гигантскую строго централизованную монополию. Именно и прежде всего это привело (не могло не привести!) к возникновению целого комплекса проблем, обусловило экономическую, социальную и медико-организационную несостоятельность существовавшей в СССР системы здравоохранения.

Остаточный принцип финансирования (экономическая несостоятельность)

В борьбе за дележ государственного дохода здравоохранение как отрасль уступает более сильным монополиям — военно-промышленному комплексу, силовым министерствам, аграрному сектору, то есть получает остатки бюджета. В условиях экономического роста, а, значит, и роста денежных доходов, государственный бюджет еще может удовлетворить значительную долю потребностей отрасли здравоохранения. Когда же наступает экономический спад, а тем более кризис, бюджет становится ограниченным, напряженным и, следовательно, потребности здравоохранения удовлетворяются в последнюю очередь, то есть крайне недостаточно. Так, в СССР в 50—60-х годах из государственного бюджета на здравоохранение выделялось до 6%, а в конце 80-х — начале 90-х годов — в пределах 3%.

В связи с постарением населения, усложнением и внедрением дорогостоящих медицинских технологий, появлением новых болезней (например, СПИДа), требующих больших затрат на изучение и организацию профилактики, объективно происходит рост стоимости медицинской помощи. Опыт экономически развитых стран показывает: чтобы добиться удовлетворительных показателей здоровья нации, на здравоохранение должно выделяться как минимум 6—8% от стоимости валового национального продукта. Но этого нельзя достичь, если финансировать здравоохранение по остаточному принципу. Следовательно, сложившаяся в Советской России ситуация с финансированием здравоохранения требовала коренного реформирования, создания таких условий, которые бы обеспечивали поступление дополнительных средств на охрану здоровья населения.

Потеря отношения к здоровью как к социальной ценности (социальная несостоятельность)

Сложившаяся система организации здравоохранения в бывшем СССР основывалась на распределительно-распорядительном принципе управления, суть которого заключалась в централизованном механизме: а) формирования бюджета отрасли; б) организации материально-технического и лекарственного обеспечения на основе госзаказа и фондового снабжения по фиксированным ценам; в) формирования и развития лечебной сети в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и т.д. Государство, взяв на себя роль единого и монопольного страхователя здоровья нации, по существу, взвалило на себя в лице Министерства здравоохранения полную (исчерпывающую) ответственность за состояние здоровья граждан, его сохранение и укрепление. Тем самым другие секторы общества и народного хозяйства как бы сняли с себя ответственность за состояние здоровья трудящихся, не были напрямую заинтересованы в его укреплении. Об

этом можно судить по высоким показателям заболеваемости с временной утратой трудоспособности, неудовлетворительному состоянию охраны труда на многих предприятиях, экологическому неблагополучию территорий интенсивного и сельскохозяйственного производства. Таким образом, в России так и не возникло эффективное межсекторальное сотрудничество по проведению мероприятий, направленных на первичную профилактику заболеваний.

Центральная власть лишила местные администрации даже малой самостоятельности в проведении работы по охране здоровья жителей. Это не могло не привести к серьезным издержкам хотя бы потому, что в России, как, может, ни в одной стране мира, ярко выражены региональные особенности (климатические, природные, этнографические, социально-экономические, демографические, культурно-бытовые и т.д.). Приведем только один пример. Уровень рождаемости в Дагестане в 80-х годах был выше, чем в Татарстане, примерно в 1,5 раза. Однако утвержденный центром норматив обеспечения кадрами акушеров-гинекологов оставался одинаковым для обоих регионов — 2,5 на 10000 жителей. Отсюда число родов, приходившихся на одного акушера-гинеколога, в Дагестане было значительно большим, что, естественно, сказывалось на качестве и результатах акушерской помощи в этой республике.

Граждане не имели устойчивой мотивации беречь свое собственное здоровье. Ибо, с одной стороны, они были лишены даже минимального права контроля за качеством и объемом оказываемой им медицинской помощи, а с другой — государство гарантировало бесплатную и доступную медицинскую помощь (“государство обязано беречь мое здоровье, а я — если пожелаю”).

Таким образом, существовавшая в СССР государственная, крайне централизованная система здравоохранения породила бесправие (ограниченные права) в деятельности по охране здоровья и, как следствие, пассивное (равнодушное, незаинтересованное) отношение местных властей, работодателей, самих граждан к сохранению и укреплению здоровья. Произошла потеря отношения к категории “здоровье” как к главной социальной ценности, как к приоритету в социальной политике и повседневной жизни.

Сложившаяся ситуация не позволяла добиться успехов в борьбе с современной

патологией, определяемой преимущественно образом жизни и, следовательно, предопределяла необходимость реформирования системы здравоохранения в ключе поворота к проблемам здоровья всех слоев общества, как "верхов", так и "низов".

Неэффективность жестко централизованной системы здравоохранения (медико-организационная несостоятельность)

Типичная черта монополии — удовлетворение прежде всего своих внутренних нужд — наиболее ярко выразилась в экстенсивном развитии советского здравоохранения, в частности в ежегодном наращивании численности врачей и количества больничных коек. Уже к середине 70-х годов в СССР работала третья часть всех врачей мира. Если в 1990 г. в СССР на каждые 10000 жителей приходилось 47 врачей, то в Японии — 20, в США — 26, в Италии — 30. Вместе с тем организации врачебного труда, содержание функциональных обязанностей врача были далеки от оптимальных. Например, участковый терапевт тратил на непосредственное обслуживание пациента лишь 30—40% своего рабочего времени. По многим параметрам своей деятельности советский врач, по существу, подменял среднего медицинского работника. Не случайно на одного врача в СССР приходилось 2,7 среднего работника, тогда как в западных странах — 5—6.

Недостаточное финансирование, подмена приоритетов, экстенсивное развитие советского здравоохранения стали основными причинами слабой оснащенности большинства лечебно-профилактических учреждений современной (передовой) дорогостоящей медицинской аппаратурой, инструментарием, реактивами, лекарственными препаратами. В конце 80-х годов стоимость оснащенности медицинской аппаратурой одной больничной койки составляла в СССР около 2000 рублей, что в эквивалентном выражении было в 10—15 раз дешевле, чем в западных государствах.

Низкая фондовооруженность медицинских учреждений не могла не сказаться на качестве медицинской помощи и прежде всего на освоении и широком применении передовых технологий диагностики и лечения заболеваний. Так, если в 80-е годы в СССР производилось менее 10 тысяч операций на сердце, то в США — более 200 тысяч, пересадок почек соответственно — 500—600 и свыше 8 тысяч, гемодиализов в расчете на 1 млн. жителей — 3—4 и 180.

Медицинские работники потеряли мотивацию высококачественного, эффективного труда и своего профессионального роста, так как труд их оплачивался государством вне зависимости от его объема, качества, эффективности. Отсутствовал внешний (потребителя) контроль за качеством труда медицинских работников, а осуществлялся внутриведомственный (ведомству же всегда невыгодно "выносить сор из избы"). Оплата труда была низкой, неадекватной общественному и социальному значению профессии врача; господствовала уравниловка в оплате трудовой деятельности.

Изложенный выше материал, на наш взгляд, убедительно свидетельствует о том, что Россия была обречена на реформирование своего здравоохранения. Это сейчас и происходит: предпринимается попытка "оседлать конька" системы медицинского страхования. Но был ли другой путь? Вопрос явно риторичен: о преимуществах социального медицинского страхования хорошо известно. Однако со времен Петра Великого известно и другое: слепой перенос на российскую почву западного опыта дает далеко не однозначные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Ю.М. Приоритетные проблемы здоровья и здравоохранения и вклад НПО "Медсоцэкономинформ" в их научное обоснование и инновационные решения. — Актовая речь. — М., 1995.

2. Справка Госкомстата РФ от 28.12.93 г. № 17-1-16/43. О естественном движении населения России в 1993 г.

Поступила 17.06.96.