

## ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ МЫ ХОТИМ КАЧЕСТВЕННОЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И СХЕМАТИЧ- НЫЕ ПУТИ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ?

Доктор медицинских наук,  
заведующий отделением ортопедии  
МУЗ «Городская клиническая больница №3»

О.А.Каплунов

Начну с того, что нашему поколению врачей (я закончил Волгоградский мед в 1985 году) более чем повезло на перемены во всех аспектах своей работы. С исторической точки зрения это вполне объяснимо – посвящение нас во врачи совпало с грандиозным политико-социальным сдвигом в жизни страны, получившим известное сегодня во всем мире название «перестройка». Не стану отвлекаться на изложение причин, движущих сил и сегодняшних итогов этого далеко еще не закончившегося процесса для жизни различных слоев россиян, поскольку каждый из них на себе глубоко прочувствовал эти перемены. Являясь гражданином России и имея более чем двадцатилетний опыт работы в государственных и частных клиниках, попытаюсь критически оценить ситуацию применительно к системе российского здравоохранения и предложить конструктивные, на свой взгляд, меры по эффективному развитию этой системы в среднесрочный 10-летний период.

Сначала вернусь к 1985 году. Как выглядела система советского здравоохранения (СЗ) в тот момент? Жившим при социализме это хорошо известно – лучше всех остальных систем! Во всяком случае, с точки зрения официальной пропаганды. Но и на самом деле в ней было заложено немало позитивных начал. Во-первых – и эта тема остроактуальна сегодня и, думаю, останется таковой еще достаточно долго – она была действительно бесплатной, а точнее – практически бесплатной. Некоторые расходы, редко – значительные, пациенту приходилось нести в случае необходимости приобретения для лечения дефицитных импортных лекарств (расходных материалов, сред специального назначения и т.д). Для доступа к ним нужно было либо использовать имевшиеся знакомства и связи, либо переплачивать работникам аптек, магазинов или складов медтехники. Но проблема дефицита в период застоя была характерна для экономики страны в целом. Также обстояли дела с приобретением ряда продуктов питания и товаров народного потребления. В этом не было очевидного противоречия для каждого из нас. К тому же отечественная (а также Варшавско-союзническая) медицинская и фармацевтическая промышленность работали тогда на сравнительно достойном уровне, покрывая не менее 95% потребностей, и очевидной нехватки ее продукции не ощущалось.

Поимо такого рода расходов, что греха таить, в ряде крупных городов и регионов страны было принято неофициальное взимание денег с больных за те или иные оказываемые услуги, от санитарских до высококвалифицированных. В первую очередь это касалось Москвы, в меньшей степени – в Ленинграда и южных регионов – Ставропольского, Краснодарского краев и республиках Северного Кавказа. Однако это было скорее «мистическое» явление и масштабного влияния на деятельность системы оно не оказывало. Да и «органы» вели себя тогда в целом совершенно иначе и мздоимство в медицине, как, впрочем, и других отраслях, получить системный характер шансов не имело.

Второй большой позитив тогдашней СЗ заключался в достаточно рациональной ее структуре, схеме иерархии и подчиненности, а также хорошей преемственности в работе ее звеньев. Было однозначно определено, в какой последовательности издаются и исполняются в большинстве своем понятные приказы и распоряжения. Разрабатывались они, между прочим, организаторами-менеджерами, в отличие от сегодняшних обязательно имевшими медицинское образование. Усилия и потери времени по урегулированию межуровневых (область – город) конфликтов, столь популярных повсеместно еще вчера и скрыто сохраняющихся сегодня, в те годы не требовались. Механизм работал слаженно, колесики всех калибров крутились в унисон, и это сказывалось на главном результате существования и деятельности системы – на уровне здоровья нации. Он был сравнительно достойный. Даже заклятые наши критики, «апологеты империализма» это признавали.

Следующий положительный момент – подготовка, образование и формирование кадрового состава СЗ. Разговор о современном среднем и высшем специальном образовании – отдельная и большая ныне тема, притча во языцях российских масс-медиа. В те годы в этом смысле все выглядело более чем достойно. Преподавательские кадры культивировались, отношение к студентам было профессиональным (а не потребительским, к сегодняшнему сожалению). Система постдипломного образования работала более чем четко, можно сказать - жестко. Органы здравоохранения в лице отделов кадров медучреждений кропотливо отслеживали как минимум пятилетнюю кратность переподготовки врачей, и тем в принципе можно было об этом не заботиться – вызовут, предложат усовершенствование, отправят на учебу за государственный счет и выплатят командировочные. Более того, передача знаний от старших специалистов младшим, начинающим, в подавляющем большинстве учреждений считалась почетным делом, всячески поощрялась и приветствовалась на всех уровнях, в первую очередь - на очень влиятельном партийном. Все это обеспечивало репродукцию достаточно подготовленных кадров в масштабе системы. При этом не стоит забывать о разветвленной системе НИИ различных медицинских специали-

заций и профилей, в которых также происходила подготовка и «селекция» ученых-медиков.

Были и некоторые другие плюсы в той СЗ, например – круглосуточно работавшая структура так называемой санитарной авиации, практически исчезнувшая сегодня, несмотря на сохраняющиеся огромные просторы нашей державы. На фоне перечисленных сугубо практических и материальных стоит отметить и этико-психологические позитивные моменты. В первую очередь имеется в виду, что государственная пропаганда формировала положительный образ медика в сознании граждан, по возможности заботясь о повышении имиджа и привлекательности этой профессии (обеспечение жильем, личным транспортом и т.п.). О результатах такой идеологии свидетельствовал, например, тот факт, что конкурс при поступлении в медицинские институты был, пожалуй, одним из самых высоких в системе высшего образования.

И в целом все эти организационные моменты весьма позитивно сказывались на уровне, имидже и престиже СЗ в обществе. В качестве ремарки здесь следует отметить, что в отношении этой отрасли народного хозяйства обращает на себя внимание такой факт: в мире существует немало стран, в которых при сравнительно низком общеэкономическом развитии уровень и достижения СЗ весьма и весьма высоки. Наиболее яркий пример – Куба. Хотя можно назвать и ряд других стран третьего мира с менее демонстративной, но аналогичной в принципе ситуацией. Что же помешало тогдашнему СССР повторить в соответствующем масштабе успех той же Кубы. Очевидный ответ – ограниченность финансовых ресурсов. Главным образом из-за противостояния с Западом у нас не хватало средств на более адекватное обеспечение СЗ. Она, как известно, финансировалась по остаточному принципу: сначала - повышение обороноспособности, а затем на все остальное. До сих пор не знаем, куда танки и другие виды вооружений девать.

Вот в таких условиях устройства и работы СЗ нам довелось начать свою трудовую деятельность. Но не довелось продолжить – перестройка внесла свои коррективы. Не останавливаясь на мелочах и деталях перемен и не рассматривая «пену» прибое перестройки, хотелось бы отметить главные, на мой взгляд, привнесенные структурные преобразования. Это запуск, внедрение и расширение сети негосударственных медучреждений, официальное разрешение оказания платных медуслуг государственным и муниципальным больницам и поликлиникам и, наконец, внедрение систем обязательного и добровольного медицинского страхования.

Подобные перемены не стали первооткрытием медицины XX века, отнюдь. Все это к середине его 80-х годов было уже более чем гладко обкатано в СЗ развитых западных стран. Нам же, провозгласившим единый с цивилизованным миром путь развития и общие

ценности, оставалось в принципе четко перекопировать лучшие разработки внедрить их у себя. С этой целью в Европу, Америку и Японию направлялись более чем многочисленные «десанты» чиновников от медицины всех уровней СЗ, от районного до министерского. Полученная ими информация была проанализирована (?) и внедрялась в работу нашей системы. Но, как и многие другие социально-политические процессы тех времен, это происходило недостаточно согласованно на каждом уровне и между ними и одновременно необдуманно быстро. При оправданном общем посыле – как можно скорее привести наше здравоохранение к европейскому устройству и эффективности – результат оказался, к сожалению, если не обратным, то уж точно не ответившим ставившейся цели. Сложился и длительно существовал некий сумбур функционирования, породивший, кстати, большой слой упомянутой «пены» перестроечных событий. Формы внедрения новшеств по до конца не ясным причинам и мотивам перекраивались на наш, собственный и особый лад. Складывается впечатление, что чиновничьи десанты выбрасывались за рубеж с какими-то иными главными целями, а перенятие и анализ специального опыта был лишь внешней «легендой» их визитов. Причем на самом деле, как наверное, ясно из ранее сказанного, особой необходимости в срочном изменении СЗ не было – в прежнем виде при достаточном финансировании она могла еще долго обеспечивать приличный уровень здоровья нации. Но мы ведь только запрягаем долго, а уж если поехали...

«Детские болезни» перестроечных процессов всего народного хозяйства «калькой» легли на здравоохранение. Сначала наряду с очевидной дезорганизацией в формировании структур СЗ образовался перегиб с пропагандой и внедрением в нее частной медицины и платной помощи в государственных больницах. Не знаю, есть ли в этом юмор, но даже въезд на территорию больниц стал платным. Побывав неоднократно за рубежом, отмечу, что территории больниц «у них» поделены на зоны въезда: для посетителей, персонала и специального транспорта (включая воздушный, кстати). Все прозрачно, всем ясны их возможности, но при этом платы никакой не предполагается в принципе.

Платные медуслуги – слабый, в известном смысле пораженческий выход из создавшейся на тот период ситуации кризиса здравоохранения. Причем особенно неудачный, когда речь идет о государственном и муниципальном секторах здравоохранения. В структуре доходов среднестатистического российского стационара или поликлиники средства, получаемые за счет платных услуг, не превышают, как правило, 15-17%. Понятно, что это не критичная в финансовом смысле величина. Однако как серьезно этот фактор повлиял на регресс имиджа медучреждений у населения. И особенно обидно, что «стрелочниками» в эмоциях недовольства людей фигурируют врачи и медсестры, поскольку именно они

вынуждены сообщать пациенту столь неинтересную, а чаще - неприятную для него информацию.

Частная медицина в России не оправдала пока возлагавшихся на нее надежд. Причин тому немало, но все они из общей категории факторов «пробуксовки» любых затеваемых в стране реформ. В первую очередь – бюрократического характера. Негосударственные клиники весьма неплохо чувствуют себя в обеих столицах. Здесь прогресс внедрения новых, «посткапиталистических» атрибутов экономики в целом разителен в сравнении с периферией, и частная медицина не стала исключением. Важным фактором ее развития явились конечно же известные финансовые возможности среднего потребителя этого сегмента рынка услуг. В других городах и всяких инициативу по созданию негосударственных медучреждений, за исключением пожалуй стоматологических, подавляет инертность и гипербюрократизм разрешительной системы. Если во всем развитом мире принцип регистрации частных лечебных учреждений в соответствующих инстанциях заявительный, то мы и в этом оригинальны – требуются многочисленнейшие разрешения и согласования не менее чем пяти ведомств. Пройти лицензирование через такие «заградотряды» чиновников дано далеко не каждому. И это на фоне скромной платежеспособности среднестатистического местного пациента. Витого овчинка, что называется, становится дешевле выделки.

Формирование системы обязательного медицинского страхования (ОМС) шло практически стихийно, каждый регион на свое усмотрение формировал перечень гарантированных медуслуг и уровень цен на них. Доходило до смешного. У нас в Волгограде, например, это было поручено сделать ряду крупных больничных учреждений, в том числе и нашему, причем в работу активно задействовались рядовые врачи и заведующие отделениями. Что мы могли знать тогда о принципах и приемах расчета и формирования подобных столь непростых в экономическом смысле категорий? Получив наши соображения на сей счет, территориальный фонд обязательного медстрахования (ТФОМС) составил сводную ведомость усредненных отчетов с действующими на тот момент ценами. И отмечу с сожалением, что общая схема проведенных тогда «изысканий» до сегодняшнего дня принципиально не изменена, проводится по сути лишь индексация цен с учетом инфляционно-девальвационных процессов. Наши тогдашние (1985-1990 г.г.) совершенно непрофессиональные представления о ранжире различных манипуляций и оперативных пособий и сегодня, через 20 почти лет, составляют базис во взаиморасчетах ТФОМСа с лечебными учреждениями!

Итог как минимум печален – многие виды хирургической помощи по стоимости не достигают 15-20% истинных затрат на свое проведение, не говоря уже о какой-либо рен-

табельности и возможности развития. И нет намека на движение в направлении разумной корректировки ситуации. Более того, противоречия нарастают. В частности, существует категория так называемых высокотехнологичных и соответственно дорогостоящих видов медуслуг. В отношении их реализации и оплаты издан специальный приказ МЗСР РФ, ежегодно обновляемый. Однако в силу сохраняющейся и сегодня межведомственной неразберихи их оказание остается труднореализуемым по причине неопределенности деталей и источников финансирования. А больных-то нужно лечить, причем на современном уровне, поскольку многие из них информированы об этом едва ли хуже медиков. И здесь медики оказываются не редко «крайними» при выяснении, в том числе судебном, истинного механизма проведения и оплаты таких видов медпомощи.

С добровольным медицинским страхованием (ДМС) дело обстоит несколько лучше. Рожденное в более поздние сроки и достаточно «доношенное», оно успело воспринять современные принципы и тенденции, присущие аналогам в развитых странах. Здесь практически без комментариев – если бы остальные звенья СЗ работали на таком организационном уровне, у автора этих строк не было бы повода для их написания. Но привести всю СЗ страны к «добровольному» знаменателю не представляется возможным – в основе ДМС лежат ресурсы, зарабатываемые вполне конкретными предприятиями-страхователями. Эти ресурсы не распространяются на граждан, не внесших реальный вклад в доходы таких предприятий. То есть эта форма обеспечения медпомощью доступна отдельным категориям граждан, работающих (или работавших), как правило, в добывающей промышленности (нефтегазовой, транспортной и т.п.).

Говоря о страховой медицине независимо от формы страхования нельзя не упомянуть такого ее аспекта, как амбулаторное обеспечение больных медпрепаратами. Проще говоря – приобретением лекарств в аптеке. Представляется, что это на сегодня один из наиболее болезненных и животрепещущих вопросов работы всей СЗ РФ. В нем сплелись известные финансовые, социально-политические и демографические процессы. Денег на обеспечение потребностей, естественно, не хватает. При этом, правда, невероятно велики золото-валютный запас страны и не каждому понятный по смыслу ее резервный фонд. Для каких еще более веских целей, чем борьба за жизнь и здоровье граждан страны, он создан? Ну да бог с ними, с фондами и резервами, денег нигде не хватает, даже в богатейшей Америке. Потребности в лекарствах растут объективно в связи с приростом знаний о борьбе с болезнями и вместе с тем – с известным из демографии старением и ослаблением генофонда человеческой популяции. Доля жителей РФ старше 65 лет превысила 15% всего населения. Аналогичные проблемы испытывают и СЗ развитых стран, но...

Если Вы «у них» пришли в аптеку с рецептом врача на той или иной препарат, Вам выдадут его бесплатно – по системе ОМС. То есть в бюджет этого вида страхования заложены не только статистико-математически прогнозируемые расходы на стационарное лечение среднего гражданина, но и бесплатное для него обеспечение процесса амбулаторного лечения. Для этого, кстати, отчисления на нужды здравоохранения в западных странах ежегодно составляют в среднем 8-9, а то и 11% ВВП в отличие от наших 3,2%. Подобный нашему процент ВВП на содержание медицины в Европе отчислялся до 1948 года. Затем отметился его прогрессивный рост и уже к концу 1960-х годов он достиг современных значений. При этом следует, к сожалению, помнить, что у нас ВВП на душу населения примерно в 2,5 раза ниже, чем «у них», и, следовательно, в пересчете на каждого жителя РФ отчисления на здравоохранение в среднем в 7-8 раз меньше, чем в Европе. Все перечисленные сведения открыто доступны на сайте Европейского отдела ВОЗ. Учитывая такую статистику, кто мешает нам увеличить отчисления именно в страховой фонд здоровья нации за счет, например, ограничения на эту цифру отчислений в стабилизационный?

Далее стоит рассмотреть одну из главных составляющих СЗ любой страны – кадры практической медицины. То есть нас, врачей, медсестер и санитарок. О некоторых особенностях специального образования в период социализма выше уже упоминалось. Сегодня, к сожалению, дело с этим вопросом обстоит несколько иначе. Финансирование ВУЗов последние 15 лет оставляло желать лучшего, оклады преподавателей обуславливали их «текучку» и все это в итоге сказывалось на уровне знаний выпускников. В этом же аспекте приведу безрадостную статистику, озвученную в 2002 году ректором нашего университета: через пять лет после его окончания только 20% выпускников остаются работать в практическом здравоохранении, остальные находят себе иное, по-видимому, более достойное применение.

И это лишь один из фактов кадрового обвала среди медиков. Его истинная глубина настораживает своей критичностью. Во многих российских поликлиниках СЗ средний возраст врачей превышает 45-50 лет. С учетом традиционного преобладания во врачебном корпусе женщин на деле это означает, что уходящим на пенсию специалистам и работающим врачам-пенсионерам нет полноценной замены ни в количественном, ни, судя по состоянию дел с обучением, в качественном отношении. Причем даже если создать условия, обеспечивающие приток молодежи в поликлиники, этот уже существующий разрыв в возрасте чреват возникновением ситуации, когда не получив достаточно опыта под руководством старших товарищей, молодые доктора останутся «один на один» в борьбе с болезнями. Подобную ситуацию наша СЗ испытала в чрезвычайных условиях Великой Отечественной войны. Тогда вынужденно, в связи с острейшей необходимостью в течение

первых полутора лет войны основу кадрового состава медслужбы Красной армии составили выпускники институтов, досрочно получившие диплом. И если внимательно познакомиться с многотомным руководством «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне», становится очевидным, что до создания примерно к началу 1943 года четкой системы организации медпомощи на фронтах это обстоятельство явилось одной из главных причин серьезных потерь среди раненых.

И не мудрено. Ведь врач, в отличие скажем от токаря, комбайнера и массы других специалистов, становится квалифицированным не после окончания учебы и даже ординатуры или аспирантуры. Опыт приходит в совместной с более грамотными сотрудниками, коллегиальной работе как минимум через 10-12 лет от начала трудовой деятельности. Именно в этом смысле ситуация с кадровыми ресурсами в здравоохранении складывается на сегодня критически – успеем ли подготовить достойную замену?

Еще одна важная сторона этого вопроса – специализация, переподготовка и повышение квалификации врачей. Здесь в сравнении с социалистическими временами условия и правила игры также изменились, и как можно понять – не в лучшую сторону. Все начинается со специализации. Чтобы после окончания шести курсов ВУЗа и получения диплома врача общего профиля продолжить обучение по узкой специальности (кардиология, офтальмология и т.д.) в интернатуре и клинической ординатуре, необходимо выложить от 60 до 100 тыс. рублей. И это при начальной зарплате врача в 3-3,5 тыс. рублей в месяц. Кто же сможет пойти на такие расходы, одаренные студенты или богатые родители посредственностей?

В случае намерения получить дополнительную специализацию при уже имеющейся, например, будучи терапевтом, обучиться электрокардиографии, доктору необходимо изыскать не менее 30-40 тыс. рублей. Уровень его доходов, если это не участковый терапевт, также не превышает 4-5 тыс. рублей ежемесячно. Кстати, в штате поликлиник участковые терапевты с повышенной до 10-15 тыс. рублей зарплатой составляют не более 20% всех врачей, а в общей структуре врачебных кадров страны они не превышают 3-5%. Это, чуть забегаая вперед, к вопросу о подъеме заработной платы медработникам.

О повышении квалификации, пожалуй, достаточно. Перейдем к нагрузкам, приходящимся на врача по роду его деятельности, и некоторым вытекающим из этого обстоятельствам. Количество пациентов на одного доктора российского стационара регламентировано приказом Минздрава СССР еще от 30-х годов прошлого века, транспарентно дублировавшимся вплоть до настоящего времени. Сохраняющаяся в течение 75 лет с упорством, достойным лучшего применения, норма - 20-25 больных. Трудно представить, во сколько раз возрос объем знаний в каждой из медицинских специальностей за эти десяти-

летия и, одновременно, сколь многократно прибавилось нужной и не очень документации в работе врача. Полагаю, что не менее чем десятикратно по обеим позициям. С дальнейшим прогрессом науки и отечественной бюрократии эта тенденция будет только нарастать. Так как же быть российскому доктору? Какие скрытые ресурсы должен он использовать для поддержания на современном уровне лечебного процесса, особенно с учетом описанных перспектив усовершенствоваться в своей работе?

Поверьте, это не жалоба, это попытка констатировать факты. А они влекут за собой новые факты. В том смысле, что на названном нормативе зиждется по большому счету вся система стационарной помощи в России. Попробую объяснить. Едва ли не в те же годы, что и этот норматив, были рассчитаны потребности в том или ином виде специальной стационарной помощи. Их принято выражать как число соответствующих коек на 10-100 тысяч населения. Ориентируясь на эти показатели и сегодня ведется расчет необходимых стационарных служб (как правило, 60-коечных отделений) и больниц в целом для каждого региона и крупного населенного центра России. А уже за этой пропорцией следует, соответственно, количество врачей каждой службы – два-три на отделение, не считая заведующего, из набившего оскомину расчета 20-25 коек на врача. Привязка и зависимость числа врачей в больнице от числа коек – незыблемый абсолют организации нашей СЗ. При этом важно отметить, что потребность в коечном фонде рассчитывалась очень давно и не ориентирована на современный уровень и техническое оснащение больниц. В итоге в России число коек на 100 тыс. населения превышает аналогичный показатель Польши в 2 раза, и не менее чем на 20% - в других европейских странах. При этом вследствие меньших нормативных нагрузок на стационарного врача (от 5 до 8-9 пациентов) процент больничных докторов в общей структуре врачебного корпуса в этих странах в 3-4 раза превышает российский. А ведь именно в стационарах концентрируются наиболее тяжелые и сложные контингенты больных, и именно здесь проходит основной фронт борьбы со смертностью населения. Может быть, поэтому в том числе, мы не достигли до сих пор минимума показателей смертности населения, отмеченного в СССР в 1981 году.

К чему столь подробно изложены существующие принципы построения медицинской помощи населению? Исключительно с заявленной целью – предложить не требующие капитальных вложений качественные ее преобразования, которые позитивно повлияют на эффективность работы СЗ, а значит и состояние здоровья нации. Итак, каковы же они, возможные схематичные пути реструктуризации здравоохранения? Обратившись к современным рекомендациям ВОЗ, находим, что наиболее перспективной современной тенденцией в этом смысле признается ориентация на службу первичной медико-санитарной помощи. Ее развитие сокращает общие бюджетные затраты на здравоохране-

ние и одновременно повышает доступность, действенность и удовлетворенность населения оказываемой медпомощью. Современные инициативы правительства РФ идут в одном ключе с рекомендациями ВОЗ – именно на укрепление первичного звена направлен основной вектор нацпроекта «Здоровье». Это позитив, хотя и в нем имеется не мало критических моментов. Однако правительственные решения никак не затрагивают судьбы огромной и весьма «прожорливой» в финансовом смысле громады стационаров страны. Представляется, что здесь скрыты весьма серьезные экономические резервы.

Что же возможно предпринять в этом направлении? Один из вполне реальных шагов - сокращение не менее чем на 25-30% числа имеющихся государственных и муниципальных стационаров. Будучи врачом городской больницы, могу себе представить недоумение коллег в связи с таким предложением. Подобная реакция связана в первую очередь с тем, что нам не представляется иного варианта сокращения учреждений, как только с увольнением персонала и регистрацией уволенных на бирже труда. Однако суть предложения заключается в сохранении и использовании потенциала высвобождающихся штатов врачей и медсестер, в большинстве своем достаточно высококвалифицированных, для нужд СЗ. Схема такова: сокращению следует подвергнуть стационары с худшей материально-технической базой, а персонал и наиболее сохранное оборудование использовать для укомплектации остающихся больниц, а также поликлиник и системы семейной медицины.

Возможные эффекты такой организационной меры очевидны. Экономический будет заключаться в сокращении расходов на содержание больничного фонда соответствующего региона. Если учесть, что в структуре расходов на функционирование больницы зарплата персонала не превышает 20-25% (при европейском нормативе в 60%), то получаемая выгода будет весьма ощутима. При современном ежемесячном уровне расходов на одно койко-место около 1000 \$ США в месяц и предполагаемом сокращении 40 тысяч койко-мест экономия расходов в масштабе страны составит 40 млн. \$ США ежемесячно или около 0,5 млрд. \$ США в год. Цифра более чем серьезная – примерно 15% всего ежегодного бюджета СЗ. Причем это без учета средств, полученных от аукционных продаж объектов недвижимости расформированных стационаров. Высвободившиеся финансы необходимо будет направить в первую очередь на лекарственное обеспечение амбулаторных пациентов для полной или хотя бы частичной компенсации стоимости препаратов, рекомендованных им лечащим семейным, участковым или иным поликлиническим врачом.

В методологически-организационном плане такое дополнительное финансирование лекарств положительно скажется на снижении числа обращений за стационарной помощью. Из тех же данных ВОЗ в ЕС число поступивших в стационары на 100 жителей не

превышает 15-17 в год, у нас же превышает 22. Основной причиной этого наряду с относительно низким профессионализмом амбулаторного звена видится попытка больного получить в стационаре бесплатные лекарства. Ведь в амбулаторных условиях он вынужден приобретать их из собственных средств. Компенсация этих расходов наверняка снизит стремление лечиться в больнице, особенно учитывая уровень комфорта большинства из них. Работа в этом направлении должна включать в себя также и пересмотр показаний к госпитализации. Нигде в Европе, например, лечение неосложненных форм язвенной болезни и других нозологий ЖКТ не проводится в стационаре, у нас же – сколько угодно, да еще в течение 18-21 дня. Тоже относится к пневмониям, ряду ЛОР-, глазных болезней, заболеваний опорно-двигательной системы и т.п.

Далее, доукомплектация и «уплотнение» кадров остающихся стационаров позволят, наконец, снизить нагрузку на врача с пресловутого норматива 20-25 хотя бы до 12-15 больных. Это даст возможность доктору оказать большее внимание каждому из вверенных ему пациентов, более вдумчиво и грамотно провести его обследование и лечение. Врач, не загруженный сверх меры рутинной текучкой, сможет больше времени посвятить самообразованию. Улучшению качества госпитальной помощи будет способствовать также укрепление оснащенности остающихся больниц за счет оборудования сокращаемых. Усиление кадров амбулаторно-поликлинического звена специалистами стационаров вероятнее всего также окажет позитивное влияние на уровень и результативность медуслуг этого сектора СЗ.

Таким образом, предлагаемая мера может оказать реальное влияние на функционирование СЗ в целом. Прекрасно осознавая масштаб и глубину проблем отечественного здравоохранения, понимаю, что это отнюдь не единственное решение существующих проблем. Названные сложности и противоречия требуют системного и планомерного разрешения с привлечением смежных ведомств и очевидной необходимостью наращивания финансирования. Однако нужно предпринимать и принципиальные решения. Не одномоментно, но шаг за шагом пунктуально и педантично проводить их в жизнь. И не стоит изобретать велосипед, «все давно придумано» - так перефразировал на этот счет Екклезиаста один известный сатирик. Необходимы анализ имеющихся в мире достижений и рациональное применение их в отечественной СЗ. «Свой путь» в решении вопросов здоровья нации может оказаться тупиковым.

[Обсудить](#)