

## ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### РАЦИОНАЛЬНЫЕ РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ОСНОВАНИИ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА (дискуссионная статья, часть I)

Люсов В.А.<sup>1\*</sup>, Харченко В.И.<sup>1</sup>, Горбаченков А.А.<sup>1</sup>, Гордеев И.Г.<sup>1</sup>, Братчикова Т.В.<sup>2</sup>, Корякин М.В.<sup>3</sup>, Видьманова И.Е.<sup>4</sup>, Вирин М.М.<sup>5</sup>

Российский государственный медицинский университет<sup>1</sup>, 29-я городская клиническая больница г. Москвы<sup>2</sup>, Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития России<sup>3</sup>, Центральная клиническая больница гражданской авиации<sup>4</sup>, Академия экономики, финансов и права<sup>5</sup>, Москва.

#### Резюме

*В стране происходит непростой процесс реформирования здравоохранения, в частности, в Минздравсоцразвития идет разработка концепции российского здравоохранения до 2020 года. Во главе реформ стоят организаторы здравоохранения, видные российские экономисты-реформаторы, которые являются признанными крупными учеными-теоретиками, но которые, как правило, бывают в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) не столь часто или не бывают вовсе.*

*Между ними происходят споры о выработке концепции российского здравоохранения, при этом взгляды могут отличаться радикально. Поэтому мы считаем, что в формировании концепции здравоохранения России с целью улучшения лечения больных может представлять профессиональный интерес и ценность мнение практических врачей – таких, как авторы этой работы, которые несколько десятилетий ежедневно ходят в клинику и лечат больных.*

*Каким быть российскому здравоохранению: бесплатным, согласно 41-й статье конституции РФ, или основанным на рыночном медицинском страховании, как настойчиво рекомендует руководитель Высшей школы экономики господин Е.Г Ясин? Ныне это – красная черта, которая проходит в спорах при формировании концепции российского здравоохранения. Авторы данной работы считают, что в интересах пациентов в российском здравоохранении должны сосуществовать оба подхода.*

**Ключевые слова:** реформа здравоохранения, выработка концепции, бесплатный и рыночный подходы, точка зрения практических врачей.

Ведущие организаторы здравоохранения страны настойчиво и бескомпромиссно отстаивают позицию, что российское здравоохранение должно быть бесплатным для всех граждан.

Директор Национального НИИ общественного здоровья РАМН академик РАМН О.П.Щепин на совместном заседании Научного совета по проблеме «Общественное здоровье и здравоохранение» и правления Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, прошедшем в рамках Научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» подчеркнул: «Мы забыли, что Россия – социальное государство, а ведь это провозглашено в Конституции и, значит, адекватная медицинская помощь должна быть доступна всем членам общества, а не только избранным. Во всем мире в последние 20 лет усиливается роль государства в организации оказания медицинской помощи, мы пытаемся делать наоборот, возлагая все большую ответственность на население, в массе своей очень бедное» [1].

Выступление директора (на тот момент) ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения

Ю.В.Михайловой гласило: «Мы должны определить и поставить один вопрос: какую систему здравоохранения будем строить? Давайте честно скажем – нас сегодня дают коммерческие страховщики. На их сторону встал Ясин со своей школой экономики – четко идет ориентация на рыночное медицинское страхование. Давайте скажем свое твердое «нет» этой тенденции, потому что она еще больше уведет от справедливости в получении медицинской помощи нашим населением» [1]

Прежде чем комментировать эти высказывания, давайте обратимся к первоисточникам, законодательно регулирующим принципы российского здравоохранения.

#### **Статья 41 Конституции РФ [2].**

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здо-

Таблица 1

Средний размер назначенных месячных пенсий в РФ (на конец 2007 г.- на 1 января 2008 г.)\*[4,5]

Годы						
2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Средний размер назначенных месячных пенсий (руб.)						
823	1462	1747	2026	2538	2842	3682
Реальный размер назначенных месячных пенсий в % к предыдущему году						
131,4	111,7	106,7	103,8	112,9	102,7	116

*Примечание:* \* по данным пенсионного фонда Российской Федерации.

ровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Скрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Несколько подробнее принципы российского здравоохранения сформулированы в следующем официальном документе.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487–1 (с изменениями от 2 марта 1998 года) [3].

**Статья 20** (выдержки).

*Право граждан на медико-социальную помощь*

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования (ОМС).

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам еще раз подтвержден официальными документами самого высокого уровня последнего времени:

1. Постановлением правительства Российской Федерации от 15.05.2007 № 286 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год» и

2. Постановлением Правительства Москвы от 29.04.2008 № 334-ПП «О территориальной программе государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи на 2008 год»

Таблица 2

Распределение общего объема денежных доходов по 20-процентным группам населения

Годы	2002	2003	2004	2005*	2006	2007	2007/2002 (±%)
<b>Денежные доходы (всего процентов)</b>	100	100	100	100	100	100	-----
В том числе по 20-процентным группам населения:							
Первая (с наименьшими доходами)	5,7	5,5	5,4	5,4	5,2	5,1	-9,5 %
Вторая	10,4	10,3	10,1	10,1	9,9	9,9	-4,8 %
Третья	15,4	15,3	15,1	15,1	15,0	14,8	-3,9 %
Четвертая	22,7	22,7	22,7	22,7	22,6	22,5	-0,9 %
Пятая (с наибольшими доходами – из нее <b>10 % населения с наивысшими доходами</b> )	45,8 29,3	46,2 29,7	46,7 30,1	46,7 30,1	47,3 30,6	47,8 31,1	+4,4 % +6,1 %
Коэффициент фондов, в размах	14,0	14,5	15,2	15,2	16,0	16,8	

*Примечание:* \* уточненные данные (по сравнению с ранее опубликованными).

Таблица 3

**Распределение численности работников по размерам начисленной заработной платы (по данным выборочных обследований организаций за апрель; в процентах к итогу) [4,5]**

Годы	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007/2002 (+-%), раз
<b>Все работники</b>	100	100	100	100	100	100	
В том числе с начисленной заработной платой, руб.							
до 1000,0*	14,7	11,5	6,9	4,0	2,9	1,0	-93,2 %
1100,0–1800,0**	16,8	14,3	10,7	7,8	5,2	2,9	-82,7 %
1800,1–2600,0	15,5	13,5	11,1	8,8	6,8	4,4	-71,6 %
2600,1–3400,0	12,8	11,7	10,7	9,1	7,2	5,1	-60,0 %
3400,1–4200,0	9,2	9,2	9,1	8,4	6,9	5,7	-38,0 %
4200,1–5000,0	7,0	7,6	8,1	7,8	6,8	5,7	-18,6 %
5000,1–5800,0	5,2	6,0	7,0	7,0	6,3	5,5	+5,8 %
5800,1–7400,0	6,6	8,3	10,3	11,2	11,6	10,9	+65,2 %
7400,1–9000,0	3,9	5,3	7,3	8,8	9,4	9,4	+2,4 раз
9000,1–10600,0	2,4	3,5	4,9	6,5	7,5	8,2	+3,4 раз
10600,1–13800,0	2,5	3,8	5,7	8,0	10,2	12,8	+5,1 раз
13800,1–17000,0	1,3	2,0	3,0	4,5	6,4	8,4	+6,5 раз
17000,1–25000,0	1,3	2/0	3,1	4,8	7,4	10,9	+8,4 раз
25000,1–50000,0	0,6	1,1	1,8	2,7	4,4	7,3	+12,7 раз
Свыше 50000,0	0,2	0,2	0,3	0,6	1,0	1,8	+9,0 раз

**Примечания:** \*в 2002–2005 гг. – до 1000,0; \*\* в 2002–2005 гг. 1000,1–1800,0.

Кроме того, граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги и на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации [3].

Комментируя выступление Ю.В.Михайловой, мы заявляем, что рыночное медицинское страхование при его разумной организации не уведет, а приблизит значительную часть населения к справедливости в получении медицинской помощи.

Мы не можем согласиться со сторонниками тотального бесплатного медицинского здравоохранения для всех граждан России, так как они не связывают свою концепцию с произошедшим после 1991 года разительным расслоением населения по уровню доходов. Отстаивая свою концепцию, они невольно ставят на один уровень неработающих пенсионеров России, средняя по стране начисленная месячная пенсия которым составила 2842 рубля в 2006 году, 3682 рубля – в 2007 году (табл.1) и 136 000 официально зарегистрированных «долларовых» миллионеров страны, из которых в 2008 году, по данным Forbes, 100 человек являлись «долларовыми» миллиардерами.

Следует учитывать значительное расслоение населения России по уровню денежных доходов

за период после 1991 года и до конца I десятилетия XXI века. За период времени по уровню владения национальным богатством страны сложились устойчивые финансово-экономические группы населения.

**Четко выделились полюса бедности и богатства с вытекающими возможностями – в частности, в области здравоохранения.**

Условно мы разделили по уровню денежных доходов всех граждан России в 2007 году на несколько групп (табл.2).

Первая группа: **20 % населения с наименьшими доходами** с 2002 г. по 2007 г. владеет лишь 5,7–5,1 % от денежных доходов всего населения страны.

Мы считаем, что ориентироваться на величину прожиточного минимума (ПМ) при определении уровня жизни человека малопродуктивно. Так, в 2006 году ПМ для всего населения составил 3422 рубля, для трудоспособного населения – 3695 рублей, для пенсионеров – 2731 рублей, для детей – 3279 рублей [4,5]. Какой уровень жизни может быть обеспечен человеку в рамках ПМ – судить читателю...

Учитывая, что в 2007 году в России проживало примерно 142 млн. человек, мы рассчитали численность каждой социально-экономической группы [5].

**Беднейшие** – с ежемесячным средне-душевым доходом до 5,0–5,8 тыс. рублей.

Таблица 4

Распределение численности работников организаций по видам экономической деятельности и размерам начисленной заработной платы в 2007 году (по данным выборочных обследований организаций за апрель; в процентах к итогу) [4,5]

Виды экономической деятельности	Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство	Добыча полезных ископаемых	Производство и распределение электроэнергии, газа и воды	Строительство	Оптовая и розничная торговля, ремонт автотранспорта и бытовых изделий	Транспорт и связь	Финансовая деятельность	Научные исследования и разработки	Образование	Здравоохранение и предоставление социальных услуг
<b>Все работники</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
В том числе с начисленной заработной платой, руб.										
до 1000,0	6,4	-	0,2	0,2	0,7	0,6	0,3	0,6	1,4	0,9
1100,1–1800,0	12,6	0,2	0,5	0,9	2,3	1,1	0,6	1,2	5,9	3,0
1800,1–2600,0	12,5	0,5	1,1	1,5	3,8	1,7	0,8	2,1	9,4	6,8
2600,1–3400,0	11,3	0,9	2,1	2,5	5,8	2,3	1,0	2,8	8,9	8,3
3400,1–4200,0	9,8	1,2	3,2	3,2	7,8	3,2	1,3	3,5	8,8	8,6
4200,1–5000,0	8,1	1,6	4,2	3,7	7,4	3,7	1,8	4,1	8,1	8,3
5000,1–5800,0	6,5	2,0	5,0	3,7	6,8	3,7	1,8	4,2	7,3	7,8
5800,1–7400,0	10,0	4,7	11,4	8,2	13,3	8,5	5,1	9,5	13,0	13,4
7400,1–9000,0	6,7	5,3	11,1	8,0	9,2	8,5	5,9	9,5	9,5	9,7
9000,1–10600,0	4,5	5,7	10,2	7,9	7,4	8,7	6,7	8,6	6,9	7,4
10600,1–12200,0	3,3	6,0	8,7	7,6	6,1	8,6	6,8	7,8	5,1	5,7
12200,1–13800,0	2,2	5,9	7,4	6,4	4,6	7,6	6,4	6,7	3,8	4,3
13800,1–17000,0	2,6	10,6	10,6	11,0	6,7	11,9	11,9	10,9	4,7	5,6
17000,1–25000,0	2,5	19,9	13,7	18,1	8,9	16,7	19,9	15,3	4,8	6,6
25000,1–50000,0	0,9	27,9	9,0	14,4	6,5	11,2	19,9	10,8	2,1	3,3
Свыше 50000,0	0,1	7,6	1,6	2,7	2,7	2,0	9,8	2,4	0,3	0,3

Как видно из табл.3, численность населения с ежемесячным среднедушевым доходом этого уровня выросла с 2002 года до 2007 года на 5,8 %.

Общая численность населения с такими доходами составила 30,3 % населения или около 43 млн. человек [4,5].

**К беднейшим гражданам** России можно обоснованно отнести **неработающих пенсионеров** (табл.1). Они не работают или из-за плохого здоровья, или не могут найти работу и т. п. Большинство пенсионеров страны вынуждены работать, несмотря на плохое состояние здоровья, «через силу».

**Бедные** (I уровень) – с денежным доходом 5,8–13,8 тыс. рублей (табл.3).

В 2007 году численность населения с такими доходами в России составила 41,3 % (61,5 млн. чел. против 15,4 % в 2002 году – рост в 2,7 раза).

В 2006 году **беднейшие + бедные** россияне составили 41,3 %, или **104, 5 млн.**

Между первой и пятой группами населения находится вторая 20 %-я группа (владеет в период 2002–2007 гг. 10,4–9,9 % денежных доходов, третья группа – 15,4–14,8 %; четвертая группа – 22,7 %– 22,5 % денежных доходов страны (табл.2).

Как видим, в сложившихся группах радикальных изменений не происходит. Крайне бедные слои населения увеличивают свой денежный доход, уменьшается число лиц, живущих ниже черты бедности, но мало кто из этой группы населения стал зажиточным гражданином.

Богатое население богатеет, на что указывает рост миллионеров в стране.

Быстрыми темпами сокращается удельный вес среди населения беднейших и бедных граждан и растет удельный вес зажиточных и богатых граждан. Обратимся к официальным данным Росстата, табл. 2 [4,5].

Между группой беднейших и бедных и группами богатых и очень богатых можно выделить условно

Таблица 5

Сеть и материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений [10]

Годы	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2004/ 1995 (±%)	2006	1990- 2006 nsc/	2006/ 1990 (±%)
Число больничных учреждений (всего)	12762	12064	10704	10320	10101	9851		7,5	-5662	-41,2
Из них – негосударственные	...	29	87	97	111	122	+4,2 раз	-	-	-
Число коек в больничных учреждениях:										
Всего, тыс.	2037,6	1850,5	1671,6	1619,7	1596,6	1600,7		1559,8	-4778	23,5
Из них – в негосударственных	...	2,5	7,7	7,8	7,9	9,8	+3,9 раз	-	-	-

группу **зажиточных** граждан – с ежемесячным средне-душевым доходом 17 – 25 тыс. рублей. С 2002 по 2007 гг. удельный вес таких граждан среди населения возрос с 1,3 % до 10,9 % (рост – 8,4 раза). Численность таких граждан в 2007 году составила 15,5 млн. человек. Казалось бы, что ежемесячный денежный доход работника в 17–25 тыс. рублей не так уж мал (табл.3). Однако следует учитывать семейное положение работника: количество в семье иждивенцев, покупка квартиры по ипотеке и т. п. Кроме того, следует учитывать очень высокую стоимость медицинских услуг, лекарств, продуктов питания и товаров для детей.

Пятая группа – **20 % населения с наибольшими доходами** – с 2002 по 2007 гг. владеет **45,8 – 47,8 %** денежных доходов всего населения страны.

**Из пятой группы особо выделяется группа, составляющая 10 % населения страны, которая в период с 2002 – 2007 гг. владеет 29,3 – 31,1 % денежных доходов населения страны (табл.2).**

**Богатые** – с ежемесячным доходом **25–50 тыс. рублей и более. Таких граждан в России в 2007 году было 9,1 % (12,9 млн. человек).** Их число увеличилось с 2002 г. по 2007 г. в 11,3 раза (табл.3).

Из отраслей народного хозяйства **наименьшие заработки** – в сельском хозяйстве, в медицине, в образовании; **наибольшие заработки** – в финансовой сфере, в торговле, в добыче полезных ископаемых (табл.4).

Таким образом, к «богатому населению» в России можно условно отнести примерно 20 – 25 млн. человек

Соотношение доходов 10 % наиболее и 10 % наименее обеспеченного населения (раз) составило в РФ в 1991 г. 4,5; в 1992 г. – 8,0; в 1993 г. – 11,2; в 1994 г. – 15,1; в 1995 г. – 13,5; в 1996 г. – 13,0; в 1997 г. – 13,5; в 1998 г. – 13,8; в 1999 г. – 14,0; в 2000 г. – 13,9, в 2003г. – 14,3, в 2006 г. – 15,3. В 2007 г. 10 % населения с наивысшими доходами имели 30,2 % от всех денежных доходов [4,5].

По данным экономистов и социологов только в Москве примерно 2 млн. человек, которые являются богатыми по международным критериям.

Беднейшие и бедные слои населения лечатся, в основном, в рамках возможностей ОМС. Они нуждаются в помощи.

Что представляет собой современное бесплатное здравоохранение для рядового гражданина страны в рамках гарантированного Конституцией РФ ОМС?

На современном этапе оно представляет собой объективно не очень высокий уровень возможностей диагностики и лечения больного, часто низкий уровень комфорта во время лечения в стационаре из – за низкого уровня финансирования в рамках ОМС. Не ясно, как изменятся возможности получения медицинской помощи россиянами в рамках ОМС в условиях набирающего обороты мирового кризиса. Даже в Москве больницы системы бесплатного здравоохранения представляют собой городские больницы, построенные в большинстве в 50–80 годы. В большинстве из них работают хорошие специалисты, как и сотрудники этих больниц, так и сотрудники медицинских вузов. Однако уровень комфорта в этих медучреждениях минимален.

Справедливости ради, следует отметить, что в 15 ГКБ им. О.М.Филатова г.Москвы по сравнительно доступной для небогатых граждан цене можно получить лечение в одноместной палате (575 рублей в сутки), а в двухместной палате – 375 рублей в сутки. В меньшей мере это относится к медицинским НИИ, где нахождение в отдельной палате обходится больному более 1,5–2,0 тыс. рублей в сутки. Следует отметить также, что и в рамках ОМС можно получить лечение с помощью высокотехнологичных методов лечения (например операция аортокоронарного шунтирования) по квоте Минздрава-соцразвития страны, правда, количество таких квот в масштабах страны пока недостаточно. Большие

Таблица 6

Расслоение населения по уровню доходов в странах с разным уровнем развития индекса человеческого потенциала (ИРЧП#) в 1997 году [4,5,11–15]

Рейтинг страны по ИРЧП, 1997	Страна	Население с ОПЖР до 60 лет (в % от общей численности населения), 1997	Реальный ВВП на душу населения (ППС в долларах США)			Расходы на личное потребление на душу (в USD), 2001	ВВП на душу населения по паритету покупательной способности за 2002 г. (в USD)	Коэффициент фондов (в разах)	Годы	Расходы на здравоохранение (в % от ВВП)	Годы
			Самые бедные 20 %	Самые богатые 20 %	Самые богатые 20 % к самым бедным 20 %						
			1994								
Страны с высоким ИРЧП											
1	Канада	9,3	5971	42110	7,1	16727	29590	9,5	2000	6,9	2003
2	Норвегия	9,1	6315	37379	5,9	15816	36682	-	-	8,6	2003
3	США	12,6	5800	51705	8,9	24436	36202	15,9	2000	6,8	2003
4	Япония	8,2	8987	38738	4,3	-	27207	-	-	6,4	2003
6	Швеция	8,7	7160	33026	4,6	12579	28152	6,2	2000	8,0	2003
10	Великобритания	9,8	3963	38164	9,6	17169	28906	13,8	1999	6,9	2003
11	Франция	11,3	5359	40098	7,5	14760	27701	9,1	1995	7,7	2003
13	Финляндия	11,3	5141	30682	6,0	13268	27807	5,6	2000	5,7	2003
14	Германия	10,7	6594	37963	5,8	15722	26655	6,9	2000	8,6	2003
19	Италия	9,0	6174	37228	6,0	15863	26773	-	-	6,3	2003
23	Израиль	9,3	4539	29957	6,6	10468	22617	-	-	-	-
36	Чехия	14,2	4426	15764	3,6	8088	16585	5,2	1996	-	-
44	Польша	17,3	2186	8605	3,9	6389	11194	8,8	2002	4,5	2003
Страны со средним развитием ИРЧП											
47	Венгрия	21,6	2878	11088	3,9	6702	14364	5,5	2002	6,1	2003
54	Эстония	23,8	1191	8357	7,0	5664	11253	10,8	2003	4,1	2003
60	Белоруссия	26,1	2355	6981	3,0	4894	-	6,1	2006	4,5	2006
62	Литва	23,3	1260	6547	5,2	5097	10399	-	-	-	-
63	Болгария	18,3	1793	8489	4,7	4428	7064	7,0	2003	4,1	2003
68	Румыния	20,7	1714	6485	3,8	4973	7017	-	-		
71	Россия	29,7	881	12604	14,5	4323	8087*	15,3	2006	3,7** в 2005г. 3,6** в 2006г.	
74	Латвия	25,0	2405	9193	3,8	4696	9553	11,6	2003	3,3	2003
76	Казахстан	25,8	1391	7994	5,4	3965	-	7,4	2006	2,3	2006
91	Украина	24,1	1544	5753	3,7	2368	-	8,7	2006	3,7	2006
96	Туркмения	27,6	1048	6694	6,4	-	-	-	-		
104	Молдавия	25,7	818	4918	6,0	2080	-	11,3	2005	4,8	2006

**Примечание:** # - индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) отражает уровень достижений в рамках трех основных возможностей в области развития человека - средняя продолжительность предстоящей жизни, уровень образования и доход. Значение ИРЧП изменяется в диапазоне от 0 до 1. ИРЧП – максимально простой инструмент для мониторинга прогресса в области развития человека в разных странах. \* – в 2004 году \$9809; \*\* – расходы по статье «Здравоохранение и физическая культура».

Таблица 7

## Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение и физическую культуру [10].

Годы	1995	2000	2001	2002	2003	2004
	Миллиардов рублей (1995-трлн. руб.)					
Консолидированный бюджет	41,0	153,4	181,4	253,7	297,5	370,3
В том числе:						
Федеральный бюджет	3,9	16,9	23,1	31,6	39,4	49,1
Бюджеты субъектов РФ	37,1	136,5	158,3	222,1	258,2	321,2
	В % от общего объема расходов					
Консолидированный бюджет	8,4	7,8	7,5	7,4	7,5	7,9
В том числе:						
Федеральный бюджет	1,4	1,6	1,7	1,5	1,7	1,8
Бюджеты субъектов РФ	15,0	13,2	11,9	13,2	13,0	13,5
	В % от ВВП					
Консолидированный бюджет	2,9	2,1	2,0	2,3	2,2	2,2
В том числе:						
Федеральный бюджет	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Бюджеты субъектов РФ	2,6	1,9	1,8	2,0	1,9	1,9

надежды возлагаются в этом плане на воплощение в жизнь приоритетного национального проекта «Здоровье», который начал реализовываться с 2006 года. В качестве первоочередных проблем российского здравоохранения были выделены: профилактика, кадровая политика, состояние материально-технической базы, развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи. Вся страна видела по ТВ открытие Центра высоких медицинских технологий в г. Пенза в январе 2008 года.

Каково отношение к лечению в рамках ОМС групп населения разного социально-экономического статуса?

Богатые граждане России на гарантированное право лечиться в стране в рамках ОМС «голосуют ногами» против бесплатной медицины, уезжая для проведения диагностических мероприятий и лечения в страны Западной Европы и /или в США. Их дети и внуки едут рожать в эти страны.

Мы считаем, что эти граждане не нуждаются в заботе кого-либо, так как в состоянии эффективно и безболезненно позаботиться о себе сами, в частности, организовать и оплатить лечение в лучших клиниках страны и мира, а отдых – на лучших курортах мира. Эти граждане, выезжая для лечения за границу, вывозят при этом из страны миллиарды в твердой валюте. Поэтому «забота» об этих гражданах должна, на наш взгляд, состоять в том, чтобы дать им возможность за свои средства создать в стране систему элитной медицины (ЭМ), которой пока у нас нет, чтобы лечиться здесь, в России. Подробнее мы писали об этом в нашей предыдущей статье [6].

Следует отметить, что и санаторно-курортное лечение в стране мало комфортно, с морально-устаревшими принципами, и поэтому отдыхать граждане страны едут за рубеж (это и дешевле, чем в России).

Кто из россиян может пользоваться платными медицинскими услугами [7].

Как полагают в «Synopsis – маркетинг для медицины», 24 % жителей страны имеют возможность пользоваться платными медуслугами, а 37 % пользуются ими в случае крайней необходимости. Наиболее перспективными потребителями считаются представители среднего класса. Среди жителей Москвы эксперты «Инвест-Проекта» в конце 2007 года к таковым относили людей с доходами 28 000 – 58 000 рублей в месяц на человека, которые составляют 20 % населения города [7]. Отметим, что в Москве довольно большое число жителей, у которых доход на одного человека в семье больше 58 000 рублей в месяц

Медуслуги востребованы не только физическими лицами, но и предприятиями, которые оплачивают лечение своих сотрудников. По мнению экспертов «Synopsis – маркетинг для медицины», в целом по стране спрос на платные медуслуги пока остается неудовлетворенным. По оценкам «Финам», на Московский регион приходится 40 – 45 % оборота рынка платной медицины, или около 65 – 75 млрд рублей. При этом даже в столице есть куда развернуться. Например, в течение года столичные платные гинекологи могут осуществлять около 7 млн. приемов, а проводят только 5,7 млн. [7]. Согласно данным Минздравсоцразвития, оборот отечествен-

Таблица 8

Расходы на здравоохранение в ряде стран мира [15]

Страна	% от ВВП	Долл. США на 1 жителя в год	Страна	% от ВВП	Долл. США на 1 жителя в год
Австралия	7,1	1310	Италия	7,6	1408
Австрия	8,4	1448	Япония	6,8	1267
Бельгия	7,4	1377	Новая Зеландия	6,9	1462
Канада	8,6	2064	Норвегия	7,4	1305
Дания	6,2	1151	Португалия	6,4	624
Финляндия	7,4	1426	Швеция	9,0	1443
Франция	8,9	1650	Швейцария	7,7	1713
Германия	8,1	1659	Великобрит.	6,1	1043
Испания	7,8	1749	США	11,2	2867
Ирландия	7,4	845			

ного рынка коммерческой медицины ежегодно увеличивается на 12 %, а согласно Росстату – на 18 %. Сами участники рынка оценивают прирост в 25 – 30 %, но такие цифры, скорее всего, справедливы только для столицы [7].

Часть представителей класса зажиточных (владельцы магазинов, небольших фирм) в райцентрах России начали ездить для лечения не в Москву, как это было принято еще 5–10 лет назад, а, например, в Чехию или Словакию. По мнению этих граждан, даже с учетом расходов на дорогу, в этом есть ряд преимуществ: за границей лучше отношение к больному, выше уровень сервиса, а лечение не хуже, чем в Москве. В этих случаях также имеет место утечка денег из страны.

Большинство представителей этого класса, когда можно, получают часть обследований и лечение по ОМС (например, по квотам Минздравсоцразвития), если нужно – добавляют лечение по ДМС и/или оплачивают дополнительные медицинские услуги через больничную кассу. Однако, нередко легче заплатить по ДМС или в больничную кассу, чем получить министерскую квоту на лечение. Многие не знают как ее получить, поэтому появились врачи, предлагающие за сравнительно высокую плату посреднические услуги в получении таких квот. Кроме того, лечение по квоте заставляет больного какое-то время ждать выполнения медицинской услуги.

Говорить о полностью бесплатном здравоохранении для всего населения может лишь человек, не знающий реалий ЛПУ сегодняшнего дня. Платное здравоохранение уже состоялось, прочно встало на ноги и во многих ЛПУ, подчиненных Минздравсоцразвития, на законной основе стало реальной формой отношений больница – пациент.

В настоящее время в ЛПУ страны в полной мере осуществляется законный «Основами законода-

тельства Российской Федерации об охране здоровья граждан..» подход:

*«Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги и на основе программ добровольного медицинского страхования (ДМС), а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации» [3].*

Потребность населения страны в установке стентов (например, в коронарные артерии) удовлетворяется фактически лишь на несколько процентов. В системе ОМС стенты устанавливают в очень ограниченном количестве. Причины – высокая стоимость стентов, недостаточное оснащение отрасли соответствующим дорогостоящим оборудованием и недостаток для проведения этой операции высококвалифицированных кадров, особенно на периферии.

Например, в одной из ведомственных клиник ежедневно устанавливаются стенты в коронарные артерии. В последнее время нередко устанавливают одновременно по 6 (шесть) стентов одному больному. Цена каждого стента – 2,7 тыс. у.е. + оплата 100 % нахождения и лечения в клинике + оплата работы по установке стента. Фирма – владелец стентов, вероятно, частично оплачивает их использование больнице. Больных, которые желают установить сразу несколько стентов на платной основе, более чем достаточно – для этого они начали приезжать в Москву со всей страны.

В настоящее время реально получают лечение полностью в рамках только ОМС беднейшие и бедные слои населения – неработающие одинокие пенсионеры, одинокие инвалиды, члены многодетных или неполных семей, представители маргинальных слоев населения – больные алкоголизмом, наркоманией, бомжи и т.д

Таблица 9

**Структура расходов государственного (консолидированного) бюджета России и стран – членов Европейского союза в 2003 году (в %)[13]**

Страна	Расходы на здравоохранение	Услуги органов управления	Социальное обеспечение	Страны	Расходы на здравоохранение	Услуги органов управления	Социальное обеспечение
Россия	4,7	23,3	27,4	Латвия	9,4	13,1	30,4
Страны-члены ЕС				Литва	11,2	13,7	28,9
Австрия (2002)	13,0	15,0	42,1	Люксембург	11,7	10,8	42,4
Бельгия (2002)	13,2	19,7	35,2	Нидерланды	9,7	18,0	38,1
Великобритания	17,0	6,3	39,7	Португалия (2001)	14,8	14,4	29,5
Венгрия (2002)	9,0	16,6	29,3	Финляндия (2002)	12,6	12,2	42,4
Германия	13,3	13,0	46,6	Франция (2001)	15,4	6,3	42,1
Дания	10,2	14,4	43,6	Чехия	14,8	9,9	30,6
Италия (2000)	12,7	20,6	38,1	Швеция (2002)	12,1	15,0	41,4

Обследование только в рамках ОМС – это недоступность современных методов исследования – таких, как МРТ, компьютерная томография, коронарография и др., так как эти методы исследования проводятся только за дополнительную плату и стоят недешево. Лечение только в рамках ОМС – это не самые современные и не самые дорогие лекарства; о дорогостоящих операциях говорить не приходится; 1–2 местные палаты – прерогатива только лечащихся по ДМС или платно через кассу больницы, так как оплата пребывания в такой палате – это способ повышения заработка для сотрудников всего отделения.

Лечение только в рамках ОМС не устраивает и перечисленных беднейших граждан страны, но они вынуждены мириться с этим, так как у них нет средств на улучшение диагностики и лечения за дополнительную плату [2,3].

Появление в стране после 1991 года значительно числа зажиточных собственников позволяет им оплачивать медицинские услуги из своих средств. Говоря об оплате лечения больных по системе ДМС, необходимо учитывать, что с 1991 года в стране коренным образом изменились «пропорции и отношение к собственности».

Заместитель директора НИИ общественного здоровья РАМН, член-корр. РАМН В.О.Щепин в своем докладе “Государственный сектор здравоохранения РФ: структура и деятельность” отметил, что “на 1 января 2006 года в государственной собственности находилось только 3,4 % учреждений и предприятий всех сфер экономики» [1]. Следовательно, 96,6 % собственности в современной России являются частной собственностью.

Руководители частных предприятий заключают договора со страховыми фирмами по системе ДМС о

лечении своих сотрудников или оплачивают счета ЛПУ за проведение дополнительных методов обследования и лечения своих работников сверх расходов по системе ОМС. В связи с ростом благосостояния населения все чаще можно констатировать, что дети оплачивают довольно крупные суммы наличными деньгами в больничную кассу за качественное обследование и лечение своих родителей, за пребывание их в клинике в одноместной палате и т. п.

**Платные услуги по полисам ДМС**

По полисам ДМС обслуживается значительная часть клиентов частных клиник. Например, в «Пента-клиник» таковых 80 % среди платных больных [7]. По разным оценкам, ДМС занимает 25 – 35 % рынка платных медуслуг и 25 % рынка страхования в целом. Эксперты отмечают, что рынок ДМС ежегодно увеличивается на 25 %, в основном, за счет корпоративных контрактов. Сегодня из-за сокращения соцпакета страховые компании теряют клиентов. Потери составят при оптимистичном варианте 10 – 15 %, при неблагоприятном – до 30 %. Страховые компании в целях сохранения портфелей клиентов в условиях сокращения средств на соцпакет будут предлагать более экономичные варианты программ [7].

В следующем году стимул рынку придаст вступление в силу налоговых льгот, позволяющих увеличить расходы работодателя на ДМС с 3 % до 6 % от фонда заработной платы [7].

Госбюджетники – например, учителя, преподаватели вузов, могут с завистью наблюдать, как соседу по палате фирма – работодатель оплачивает установку 2–3 стенов стоимостью 2,7 тыс. у. е. каждый.

У госбюджетников, лечащихся по системе ОМС, такая возможность пока ограничена, что усугубилось в условиях ограниченных финансовых ресурсов

Таблица 10

**Исполнение бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования (миллионов рублей) [10]**

Годы	2000	2001	2002	2003	2004
Расходование средств	2872	4005	5081	5807	6762
Из них:					
На финансирование целевых программ ОМС и отдельных мероприятий по здравоохранению	420	351	502	600	690
На субвенции и дотации территориальным фондам	2352	3562	4481	5095	5972

в связи со снижением ставки Единого социального налога (ЕСН)[8]. Справедливости ради следует отметить, что позитивные подвижки в доступе к высоким медицинским технологиям в системе ОМС произошли в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». К 2009 г. запланировано увеличение объема оказания высокотехнологичной медицинской помощи для населения в 4 раза [8].

Для реализации этого увеличения предполагаются следующие меры:

- существенное увеличение средств федерального бюджета на оплату высокотехнологичной медицинской помощи;

- повышение эффективности расходования средств за счет перевода федеральных медицинских организаций на работу по выполнению государственного задания на оказание определенного объема высокотехнологичной медицинской помощи;

- расширение мощностей для оказания такой помощи, в том числе за счет строительства новых центров высоких медицинских технологий в регионах России;

- повышение прозрачности ведения очереди на получение высокотехнологичной медицинской помощи путем введения системы «листов ожидания» [8].

Особую надежду вселяет «**Постановление правительства Российской Федерации от 20.03.2006 № 139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий»** (с изм. и доп. от 07.07.2006, 05.05.2007, от 26.11.2007 и от 02.06.2008), осуществляемое в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», т. е. объем и качество бесплатных медицинских услуг в стране возрастает [8].

В 2008 году специализированная высокотехнологичная медицинская помощь представляется гражданам РФ согласно регламентирующим документам 2006–2008 г.г.: Постановлению Правительства Российской Федерации от 05.05.2007 № 266 и Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.12.2007 № 812 «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств Федерального бюджета в 2008 году» [8].

Данным приказом установлены перечни видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оказываемой в федеральных медицинских учреждениях и в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, а также перечни указанных медицинских учреждений, участвующих в выполнении государственного задания на оказание ВМП (включая 20 ЛПУ, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы). Приказ содержит сведения о планируемых объемах ВМП по числу пролеченных больных (взрослых и детей), а также нормативы финансовых затрат на оказание ВМП с учетом ее профиля [8].

**Каков порядок предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в Москве?**

Направление жителей Москвы на получение плановой высокотехнологичной медицинской помощи осуществляет Департамент здравоохранения г. Москвы в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 04.03.2008 № 145ПП «Об утверждении регламентов подготовки Департаментом здравоохранения города Москвы необходимых документов: направления на госпитализацию (консультацию) и талона – направления на высокотехнологичную медицинскую помощь».

Предварительно заявки рассматриваются Комиссией Департамента здравоохранения г. Москвы по отбору и направлению больных – жителей г. Москвы – для получения высокотехнологичных видов медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов РФ [8].

**С другой стороны, приведенные примеры указывают на то, что в современной России частные фирмы и состоятельные граждане способны платить за лечение своих сотрудников, за себя и за своих родственников. Вряд ли частные фирмы, особенно нефтяные и газовые, нуждаются в лечении только по системе ОМС (табл.4) [4,5].**

Кроме того, следует учитывать высокие заработки некоторых рядовых работников, без высшего образования – в частности, постоянно приглашаются водители городских автобусов на работу в автопарк и машинисты электропоездов в метрополитен. Причем в октябре 2007 года им предлагалась зарпла-

та от 40 тыс. рублей, а в мае 2008 года — уже от 58 тыс. рублей в месяц (табл.4) [4,5].

Конечно, в настоящее время система ДМС имеет свои крупные недостатки и перегибы. Например, в клинике, где значительная часть больных лечится по системе ДМС согласно договору между ЛПУ и страховой фирмой, «основной фигурой» в лечении больного является не лечащий врач, не заведующий отделением и не профессор кафедры, которая работает на базе этого ЛПУ, а страховой агент этой фирмы. Методы обследования и лечения, сроки пребывания больного в клинике осуществляются только с его согласия. Этой проблемой весьма озабочен и известный врач и общественный деятель Л.Рошаль [9]. Если перечисленные мероприятия назначены без его ведома и согласия, то затраченные страховой фирмой деньги больница должна вернуть страховой компании. Есть злоупотребления в отношениях администрации больниц и страховых фирм в работе с фармакологическими фирмами — в частности, завышение цены лекарств на договорной основе, замена оригинальных препаратов дженериками при оплате их по цене оригинальных препаратов и т. д. Именно в данных случаях был бы очень полезен контроль со стороны организаторов здравоохранения!

Изменение отношения к собственности в здравоохранении

По данным заместителя директора НИИ общественного здоровья РАМН, члена — корр. РАМН В.О.Щепина, относительно *организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг, то 47,3 % из них находятся в государственной и муниципальной собственности, что дает основание говорить о преимущественно государственном характере принадлежности учреждений и организаций здравоохранения* [1].

Отметим, что еще в 2004 году государственные медицинские учреждения составляли подавляющее большинство, а негосударственные медицинские учреждения — всего лишь 1,23 %!; государственный коечный фонд составлял 1млн.600 тыс. коек, тогда как койки в негосударственных ЛПУ составляли лишь 9,8 тыс.(0,6 %) (табл.5)[10]. Идет сокращение больничных учреждений и коечного фонда в государственных ЛПУ. В 2006 г. по сравнению с 2004 г. число больничных учреждений в стране сократилось на 5262(на 41,2 %), а число коек — на 478 тыс.(23,5 %). В то же время по сравнению с 1990 годом в 2004 году число негосударственных ЛПУ в стране возросло в 4,2 раза, а количество коек в них — в 3,9 раза (табл.5)[10].

#### **Лечение за деньги в России — это реальность.**

В 1996 году в России вышло правительственное постановление «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению меди-

цинскими учреждениями», и госбольницы занялись коммерческой деятельностью [7].

По сведениям Росстата, в 2006 году в РФ насчитывалось 4206 частных клиник и 13 583 государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) [7].

По российским законам платные услуги имеют право оказывать все типы лечебных учреждений: государственные, ведомственные госпитали и медсанчасти, представительства зарубежных медучреждений, частные отечественные клиники, частно — практикующие врачи (индивидуальные предприниматели). По оценкам Business Vision, на долю «частников» приходится около 80 — 85 % оборота рынка платных медицинских услуг. Ныне объем рынка платных услуг в России огромен и имеет тенденцию к росту [7]. Тем не менее, определить истинный объем рынка платных медуслуг достаточно сложно. В 2007 году последний составил, по данным Росстата, 167,5 млрд. рублей; согласно исследованию «Рестхолдинг», — от 320 до 460 млрд. рублей, с учетом услуг частных клиник, ДМС и платы врачам. По данным «Synopsis — маркетинг для медицины» — 393 млрд рублей. При этом, по данным разных экспертов, от 20 до 50 % составил теневой сектор — деньги, уплаченные в карман врачам госклиник в виде благодарности или «мимо кассы» — опять же напрямую врачам в платных клиниках [7].

Мы считаем, что содержание частных клиник, как и лечение в них, не должно проводиться за государственный счет. В реальной практике так и происходит.

Заместитель директора НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова проф. В.З.Кучеренко в своем докладе констатировал, что прежняя система здравоохранения потеряна, и принципы ее организации — государственный характер, бесплатность для пациентов, общедоступность и профилактическую направленность — нельзя проповедовать студентам в аудиториях. И приводить их можно только в качестве исторических фактов. По мнению профессора, на уровне Госдумы, Совета Федерации, Президента РФ должна быть принята политика здравоохранения: каким оно должно быть в новой социально-политической ситуации, чтобы затем специалисты разработали его концепцию [1]. Разделяя основные положения выступления проф. В.З. Кучеренко, мы, однако, считаем, что варианты проектов политики и концепции здравоохранения должны быть выработаны, в первую очередь, специалистами здравоохранения, в том числе и врачами, непосредственно лечащими больных и лучше других знающих проблемы медицинского и не медицинского характера своих пациентов, а утверждать подобную концепцию должны законодатели.

Что значит *бесплатная медицина для всех граждан России*: для бедных, для состоятельных людей и для миллионеров? Это «*рамазывание*» и без того скудного финансирования здравоохранения, в результате чего *пострадают беднейшие слои населения России*.

Сторонники сохранения всеобщего бесплатного (за счет государства) здравоохранения для всего населения, а также всецело государственного финансирования всех ЛПУ России, всех высших и средних медицинских учебных заведений страны, равно как и получение высшего и среднего медицинского образования, обучения в клинической ординатуре, в аспирантуре и в докторантуре и выполнение кандидатских и докторских диссертаций целиком за счет госбюджета, невольно наносят тяжелый урон беднейшим и бедным слоям населения, которые составляют более половины всего населения страны, в плане получения бесплатных медицинских услуг. Особо следует учитывать ощутимые негативные последствия последнего экономического кризиса, когда, возможно, придется отдать корпоративный валютный долг в 500 миллиардов долларов, когда уменьшатся отчисления в фонд ОМС от работодателей и лечение беднейшего населения еще более усложнится. В этих условиях большую пользу лечению в рамках ОМС может оказать **лечение значительной части населения по системе ДМС и из собственных средств состоятельного (богатого) населения страны**.

Здравоохранение — лечение, реабилитация, проведение профилактических мероприятий не может быть бесплатным. В современных условиях бесплатное здравоохранение — это оплата указанных мероприятий государством. Этот метод известен населению как система обязательного медицинского страхования (ОМС).

Следует отметить, что зеленую пластиковую карту ОМС имеет каждый гражданин России и имеет право получать лечение по этой карте. Однако в настоящее время по карте ОМС можно получить весьма ограниченный объем самых необходимых медицинских услуг и лекарств. Поэтому получают лечение в рамках только ОМС представители только беднейших слоев населения, у кого нет средств на оплату дополнительных обследований и лекарств, за которые надо платить дополнительно. Это одинокие неработающие пенсионеры и инвалиды, члены многодетных и/или неполных семей, представители низших, нередко маргинальных, социальных слоев и члены их семей.

Ограниченный перечень и объем самых необходимых медицинских услуг и лекарств только в рамках ОМС связан с тем, что на каждого гражданина страны, в расчете на каждого больного приходится весьма ограниченные финансовые средства.

Это связано с тем, что государственное финансирование здравоохранения (из которого, в основном,

производится финансирование в рамках ОМС) весьма скудно по сравнению с развитыми странами.

Даже в экономически развитой Германии с высоким уровнем жизни большинства населения бесплатное лечение производится не всем больным [9].

Осенью 2008 года состоялся семинар «Нужны ли страховые компании в системе обязательного медицинского страхования», организованный совместно со страховой группой «РОСНО» и больничной кассой Techniker Krankenkasse» (Германия) [9].

В сегодняшней Германии ОМС (государственное) охватывает более 80 % жителей Германии, в основном это — работники и пенсионеры с доходом менее 48150 евро в год (аналогичные данные по России — в табл.1–3,5), студенты, безработные. Работники и пенсионеры с доходом выше указанного, а также частные предприниматели и большинство социальных служащих обращаются за медицинской страховкой в частные компании [9].

Как видно из табл.6, расходы по статье «Здравоохранение и физическая культура» в % от ВВП в РФ составили в 2005 году 3,7 %, в 2006 году — 3,6 %. Следует отметить, что из бюджета здравоохранения на ведомственную медицину отпускается «львиная доля»: в 1996 году было отпущено 37 %. Более 20 ведомств имели в 1996 году свою медицинскую систему, дублируя уже существующие структуры. Почти не изменилась ситуация и в настоящее время [16].

В 2003 году в % от ВВП исключительно на здравоохранение в Германии и в Норвегии эти расходы составили 8,6 %, в Швеции — 8 %, во Франции — 7,7 %, в Великобритании — 6,9 %, в Италии — 6,3 %, в Финляндии — 5,7 % (табл.6) [4,5,11–15].

Расходы на здравоохранение в 2006 году в % от ВВП в странах СНГ составили: в Азербайджане 0,9 %; в Таджикистане — 1,1 %; в Армении — 1,5 %; в Казахстане — 2,3 %; в Киргизии — 2,7 %. В Китае в 2003 году — 2,0 %; в Индии — 1,3 % (2002г).

В ряде стран, например в США, расходы на здравоохранение приближаются и даже превышают 4 тыс. долларов в год на человека. Годовые расходы на здравоохранение составили 13–14 % ВВП (в США — это более 1000 млрд. долларов в год). Уже к 90-м годам XX столетия средства на здравоохранение и медицинскую науку во многих ЭРС превысили 7–8 % ВВП (табл.7.) [15].

Расходы на лекарства на душу населения в России (2002 год) менее 40 долларов США в год — на уровне Болгарии, Румынии, Бразилии, Мексики и меньше, чем в Словакии, Польше, Венгрии, Чехии (60–80 долларов США в год) [17].

Следует отметить, что ВВП на душу населения в России по паритету покупательной способности составлял в 2002 году 8087 \$, в 2004 году — 9809 \$, тогда как в странах, которые мы привели выше для

сравнения ВВП на душу населения в 2002 году составил от 26 655 \$ в Германии и до 36682 — в Норвегии, т. е. в 3,3–4,5 раз выше, чем в РФ (табл.6) [4,5,11–15].

Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на социально-культурные мероприятия в 2006 году составили всего 4546,4 млрд. руб. (к итогу 100 %), на здравоохранение и спорт — 962,2 млрд. руб. (21,2 в % к итогу), а всего на социальную политику — 2359,1 млрд. руб. (51,9 в % к итогу) [4,5]. Это примерно 40 млрд. долларов или 26 млрд. евро. В расчете на одного россиянина в год это составит примерно 285 долларов или 184 евро.

#### Расходы на здравоохранение в России и в экономически развитых странах (табл.6–10)

На научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» заострили вопрос на том, что в России очень высокая смертность, превышающая показатели не только развитых, но и развивающихся стран [1]. Особенно высока так называемая *сверхсмертность* мужчин в трудоспособном возрасте. Мы считаем, что этому феномену есть объяснение. Обратимся к выдержке из работ известных российских организаторов здравоохранения и социал-гигиенистов (Ю.П. Лисицын, Ю.М. Комаров [15]).

Согласно расчетам упомянутых авторов и исследованиям других отечественных и зарубежных ученых, достоверно установлено, что в ряду воздействий, обуславливающих состояние здоровья и нездоровья, т. е. факторов риска, первое место занимает образ жизни. Удельный вес факторов образа жизни превышает 50 % всех обуславливающих воздействий. Далее, примерно по 20 % удельного веса занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и примерно 10 % приходится на работу

органов и учреждений (служб) здравоохранения. Такое соотношение обуславливающих здоровье факторов относится к здоровью и нездоровью. При нездоровье эти факторы выступают как факторы риска здоровья [15].

Высокую смертность и короткую продолжительность жизни в России можно отчасти объяснить низким уровнем жизни значительной части населения, низкими отчислениями на социальные нужды и на здравоохранение и низкой комплаентностью россиян в целом (табл.3–9).

Средства, отпускаемые государством на финансирование здравоохранения не всегда тратятся рационально, без учета произошедшего в стране социально-экономического расслоения всего российского общества, изменения и перераспределения форм собственности, появления частных клиник, наличия конкурентного бума препаратов от присутствия на российском фармакологическом рынке огромного числа зарубежных фирм, в том числе и фирм, торгующих медицинской аппаратурой и т. п.

Мы предлагаем дифференцированный подход к оплате медицинских услуг и препаратов, ориентируясь на материальное состояние гражданина РФ.

*Мы присоединяемся к тезису — «Пациент должен быть всегда удовлетворен медицинской помощью и справедливостью ее оплаты — в рамках идеи «Здоровье для всех» и ОМС — богатый платит за бедного, здоровый — за больного, молодой — за старого».*

В экономически развитых странах высоки и сходные показатели общественного здоровья, что говорит о влиянии на них социально-экономических условий, определяющих возможности, стиль и образ жизни жителей этих стран.

В следующей части нашей работы мы изложим наши предложения по оптимизации рынка медицинских услуг населению.

#### Литература

1. Стаурина Н. Между прошлым и будущим // Медицинский вестник. № 17–18(444–445), 19 мая 2008 года.
2. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года. М.: Изд-во ОМЕГА-Л, 2005–64с.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487–1(с изм. от 2.03.98 г.).
4. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008: Стат. сб. / Росстат М., 2008. -502с. и 1998–2006 гг.
5. Российский статистический ежегодник 2008. Стат. сб. / Росстат. М., 2008. -847.с. и 1994- 2006 гг.
6. Харченко В. И., Люсов В.А., Вирин М.М. и др. Эксклюзивный проект модернизации российского здравоохранения без увеличения ассигнований из госбюджета // Кардиолог, 2007, № 3, с.23–30.
7. Токманцева И. Почему в России нет цивилизованной частной медицины? [www.sostav.ru](http://www.sostav.ru)
8. Приоритетный национальный проект «Здоровье» и задачи ОМС (вып.2). В помощь правосубъектам системы ОМС, Москва, 2008.
9. Марченко С. Медицинское страхование. Казнить нельзя помиловать. // Медицинский вестник, № 38(465), 28/11/08 г.
10. Здравоохранение в России 2005: Статистический сборник/ Росстат.М.,2006.-390с.
11. Доклад о развитии человека за 1999 г. // UNDP.– Нью-Йорк.– 1999.— С. 138–141.
12. Тенденции в странах Европы и Северной Америки. Статист. ежегодник Европейской экономической комиссии. ООН. Нью-Йорк — Женева, 2003, Москва, “Статистика России”, 2004.
13. Россия и страны- члены Европейского союза. 2005.: Стат. сб./ Росстат.-2005.-246.с
14. Government Finance Statistics Yearbook/ IFM, Washington, 2004.
15. Лисицын Ю.П. История медицины: Учебник. -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-400с.
16. Дмитриева Т. Год здравоохранения глазами министра // Медицинский курьер.1997.№ 5(6).с.5–8.
17. Белоусов Ю.Б., Быков А.В., Григорьев В.Ю. и др. Фармакоэкономический анализ использования клопидогреля у пациентов с нестабильной стенокардией // Актуальные вопросы клинической фармакологии: Сб-к научн.трудов кафедры клинической фармакологии / Под ред. Ю.Б. Белоусова, Леоновой М.М: Реглант, 2004.- в.3., с.165–192.

**Основные нормативно-правовые акты, использованные в статье:**

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 года).
2. Постановление правительства Российской Федерации от 15.05.2007 № 286 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год».
3. Постановление Правительства Москвы от 29.04.2008 № 334-ПП «О территориальной программе государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи на 2008 год».
4. Постановление правительства Российской Федерации от 20.03.2006 № 139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий»
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.12. 2007 № 812 «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет федерального бюджета в 2008 году».
6. Постановление Правительства Москвы от 04.03.2008 № 145 ПП «Об утверждении регламентов подготовки Департаментом здравоохранения города Москвы документов “Направление на госпитализацию (консультацию) и Талон — направление на высокотехнологичную медицинскую помощь”»

**Abstract**

*The challenging process of Russian healthcare reforms includes development of the healthcare concept (up to 2020) by the Ministry of Health and Social Development. The reforms are planned by prominent health managers and economy scientists who are well-recognised theorists but rarely, if ever, visit medical clinics and hospitals.*

*As these experts have contradictory views on the Russian healthcare concept, we propose that the opinion of practitioners, such as the authors of this article, who have been working at hospital and treating patients on daily basis for several decades, has its own professional value and potential to improve prevention and treatment quality.*

*Should the Russian healthcare be free of charge, according to Article 41 of the Russian Federation Constitution, or should it be based on market health insurance, according to the Head of the High School of Economics, Mr E.G. Yasin? At the moment, this is the main point of debates on the Russian healthcare concept. The authors believe that for the patients' sake, the Russian healthcare system should combine both approaches.*

**Keywords:** Healthcare reform, concept development, free-of-charge and market approaches, practitioners' view.

*Поступила 17/10-2008*

© Коллектив авторов, 2009

E-mail: havkin85@mail.ru

[<sup>1</sup>Люсов В.А. — профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1, <sup>1</sup>Харченко В.И. (\*контактное лицо) — профессор кафедры профилактической кардиологии, <sup>1</sup>Горбаченков А.А. — профессор, заведующий кафедрой профилактической кардиологии, <sup>1</sup>Гордеев И.Г. — доцент кафедры госпитальной терапии № 1, <sup>2</sup>Братчикова Т.В. — врач, <sup>3</sup>Корякин М.В. — профессор, врач-андролог, <sup>4</sup>Видьманова И.Е. — врач-кардиолог, <sup>5</sup>Вирин М.М. — вице-президент академии].