

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (Часть 2)

ИВАНОВ Владимир Николаевич, к.э.н., Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Москва, Россия

СУВОРОВ Анатолий Владимирович, д.э.н., профессор, suvor_n@mail.ru, Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН, Москва, Россия

Во второй части статьи (начало см. в № 6-2021 г.) анализируются негативные последствия так называемой оптимизации здравоохранения. Показано, что в результате ее проведения снизилась доступность медицинской помощи. Рассмотрен возможный способ совершенствования территориальной организации медицинского обслуживания. Оценена эффективность российской системы здравоохранения в борьбе с коронавирусной пандемией.

DOI: 10.47711/0868-6351-190-45-54

«Оптимизация» здравоохранения. Доступность медицинской помощи для населения России наряду с коммерциализацией здравоохранения снизилась в результате резкого сокращения сети медицинских, в первую очередь стационарных (больничных) организаций (табл. 1). Сокращение сети было обусловлено как масштабным снижением финансирования в 1990-е годы, так и заявленной реформаторами реструктуризацией медицинской помощи в пользу ее первичного, амбулаторного звена как основного направления модернизации российского здравоохранения.

Таблица 1

Показатели сети медицинских организаций

Показатель	1990 г.	2018 г.	2018 к 1990, %
Число:			
больничных организаций	12762	5257	41
больничных коек, тыс.	2038	1173	58
станций (отделений) скорой медицинской помощи	3042	2276	75
амбулаторно-поликлинических организаций	21527	2028	94
фельдшерско-акушерских пунктов	47700	35900	75

Следует при этом отметить, что «свертывание» больничной сети проводилось в основном за счет закрытия стационаров в сельских поселениях и небольших городах. При этом никакой реструктуризации медицинской помощи населению сельских и небольших городских поселений не произошло: число амбулаторно-поликлинических организаций и организаций первичной медико-санитарной помощи – фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) также значительно сократилось. В результате, согласно отчету Счетной палаты, 17,5 тыс. населенных пунктов с численностью населения менее 1,5 тыс. жителей, не имеют подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Более 11,5 тыс. населенных пунктов расположены на расстоянии более 20 км от ближайшей медицинской организации [1].

Сложившаяся ситуация во многом объясняется тем, что при переходе к модели ОМС оценка социальной эффективности здравоохранения (обеспечение всеобщей доступности медицинской помощи) была принесена в жертву оценке экономической эффективности (сумма расходов в расчете на одного пациента). В этом случае небольшие медицинские учреждения стали рассматриваться как аналог мелкотоварного производства, которое, безусловно, уступает по рентабельности крупнотоварному. Произошел, по сути, бездумный переход к чисто рыночным механизмам управления здравоохранением. Такой переход происходил и в отношении медицинских организаций в больших городах – укрупнение больниц и поликлиник с ухудшением их территориальной доступности для населения. Следует отметить, что подобный метод оптимизации издержек стал доминировать и в других сферах социальной жизни: закрытие малокомплектных школ в сельской местности и укрупнение общеобразовательных организаций в городах; так называемая реновация жилищного фонда с переселением жителей из малоэтажных домов с большой придомовой территорией в «человейники» с уплотненной застройкой. Наблюдаемая тенденция чревата не только ухудшением условий жизни населения, но и потенциальным риском потери территориальной устойчивости и целостности страны. Апофеозом такой политики, своего рода градостроительной антиутопией, является, на наш взгляд, обсуждаемая в последнее время, в том числе высшими государственными чиновниками, идея реформирования территориального расселения населения за счет масштабного роста двух десятков агломераций, следствием которого будет безусловно дальнейшее обезлюживание огромной территории страны (см., напр., [2]).

В результате проведенной «оптимизации» сети медицинских организаций во многих регионах возник большой разрыв в обеспеченности медицинской помощью населения крупных городов, особенно региональных центров, и остального населения регионов. О масштабах дифференциации в обеспеченности населения врачами и больничными койками можно судить по расчетам на основе данных статистики регионов Центрального федерального округа, представленным в табл. 2.

Таблица 2

Обеспеченность населения врачами и больничными койками
в регионах Центрального федерального округа (2018 г.)

Регион (область)	Областные центры	Остальные поселения	% к областным центрам	Областные центры	Остальные поселения	% к областным центрам
	Врачи на 10000 чел. населения			Койки на 10000 чел. населения		
Белгородская	79,2	27,3	34	147,4	46,5	32
Брянская	70,1	24,5	35	131,9	45,5	35
Владимирская	61,8	25,3	41	115,9	55,2	43
Воронежская	85,4	84,7	99	115,9	55,2	48
Ивановская	73,9	23,2	31	134,5	45,9	34
Калужская	67,1	26,5	40	124,4	51,5	41
Костромская	40,4	27,8	56	98,1	79,6	83
Курская	79,4	27,5	35	98,1	76,8	78
Липецкая	60,8	27,5	45	96,6	69,6	72
Орловская	79,4	19,8	25	172,9	39,8	23
Рязанская	81,7	23,9	29	119,7	41,2	34
Смоленская	98,4	25,6	26	138,1	77,4	56
Тамбовская	71,7	23,2	32	158,1	51,1	32
Тверская	87,5	22,8	26	157,2	66,7	42
Тульская	60,1	25,4	42	151,1	49,9	33
Ярославская	77,6	30,0	39	123,3	67,4	55

Что же касается реструктуризации медицинской помощи в пользу ее первичного, амбулаторного звена, то тенденция к сокращению числа больничных коек действительно характерна для США и большинства западноевропейских стран. В этих странах в условиях высокого уровня финансирования и в стационарах, и в амбулаторном звене достигнута высокая оснащенность диагностической и лечебной аппаратурой, широко применяются самые современные медицинские технологии, высока квалификация медицинских работников, а также большая и имеющая тенденцию к росту численность занятых в здравоохранении. Все это позволяет, во-первых, максимально сосредоточить в менее затратном амбулаторном звене диагностику и лечение неосложненных форм заболеваний, и во-вторых, интенсифицировать процесс лечения в стационарах, сократив за счет этого сроки пребывания пациента на больничной койке. Тем самым достигается более эффективное использование финансовых ресурсов здравоохранения при одновременном повышении качества медицинской помощи.

В России в условиях низкого финансирования перечисленные характеристики систем здравоохранения полностью или частично отсутствуют. Важно также отметить, что в зарубежных странах процесс реструктуризации систем медицинского обслуживания не носил «обвального» характера, как это имело место в России. В США, например, за 1990-2018 гг. число больниц сократилось на 9%, а среднегодовые темпы сокращения числа больничных коек составляли менее 1% [3]. В Германии за 2000-2017 гг. число больниц уменьшилось на 7%, а число больничных коек – на 12% [4]. При этом сокращение больничных коек сопровождалось не сокращением численности персонала больниц, ее ростом. В США, например, численность занятых в больничном секторе возросла за 1990-2018 гг. на 43%. Это объясняется тем, что в отличие от других отраслей экономики современные технологии в здравоохранении не являются трудосберегающими.

Особо следует подчеркнуть, что реструктуризация медицинской помощи является оправданной лишь при достаточно высоком уровне развития первичного, амбулаторного звена системы здравоохранения и в частности, его кадрового потенциала. В России численность занятых в амбулаторно-поликлинических организациях составляла в 2018 г. 564 тыс., или всего 38 на 10 тыс. чел. населения, в то время как в амбулаторном секторе Германии было занято более 130 на 10 тыс. жителей, в США – более 200 [5; 6].

Для России характерен относительно высокий уровень обеспеченности врачами (47,9 на 10 тыс. чел. населения). Однако наблюдается очевидный дефицит врачей в амбулаторно-поликлиническом секторе. Так, например, число участковых терапевтов составляет всего 35,4 тыс., или 3 на 10 тыс. жителей [7]. Это обуславливает избыточную нагрузку амбулаторных врачей, не оставляя им времени на повышение уровня профессиональных знаний, необходимое при постоянном совершенствовании медицинских технологий, быстром росте числа новых лекарственных препаратов. В результате сокращаются возможности выбора амбулаторными врачами наиболее эффективных способов диагностики и лечения выявленных у пациентов заболеваний, что приводит к сохранению высокой потребности в госпитализации больных, адекватные диагностика и лечение которых не обеспечиваются в амбулаторном звене.

Неудовлетворительное состояние системы первичной медицинской помощи ведет к распространению самолечения, стимулируемого агрессивной рекламой лекарственных препаратов. Показательны в этой связи данные Комплексного наблюдения условий жизни населения, проведенного Росстатом в 2018 г., согласно которым более 40% респондентов в течение года не обращались в амбулаторные медицинские учреждения при наличии потребности в медицинской помощи и предпочитали лечиться самостоятельно [8]. Такая тенденция влечет за собой рост числа осложненных, запущенных форм болезней, нередко

требующих экстренной госпитализации, что в условиях низкой территориальной доступности больничных учреждений ведет к росту больничной летальности. Число пациентов, умерших в стационарах, увеличилось за 2005-2018 гг. на 125 тыс., а уровень больничной летальности возрос с 1,4 до 1,9%. В рассматриваемый период общая смертность населения снизилась почти на 500 тыс. чел.

Для российского здравоохранения характерен также более низкий по сравнению с большинством других стран показатель отношения численности среднего медицинского персонала к численности врачей. В 2018 г. он составлял в России всего 2,2, в то время как в Германии он равнялся 3,0, во Франции – 3,1, в Австралии – 3,2, США – 4,0 [9]. В результате избыточная нагрузка российских врачей обусловлена и тем, что они вынуждены выполнять работы, которые могут быть поручены менее квалифицированному персоналу. Общеизвестным фактом является то, что значительную часть рабочего времени многие российские амбулаторные врачи тратят на заполнение разного рода медицинской документации.

Таким образом, несмотря на то, что в качестве приоритета проводимой реформы системы здравоохранения заявлена именно первичная медицинская помощь, условия по предоставлению гражданам своевременных и качественных медицинских услуг в амбулаторном звене являются в настоящее время ограниченными. Суммируя все вышесказанное, следует признать обоснованным мнение медицинского сообщества о том, что проводимая оптимизация системы медицинской помощи, заключающаяся в быстром сокращении больничного сектора, является, по меньшей мере, непродуманной. Реформаторы, создав миф об избыточности в России инфраструктуры больничного сектора, слепо копировали применяемую за рубежом модель реструктуризации медицинской помощи, игнорируя исторически сложившуюся в нашей стране и отличающуюся от большинства зарубежных стран структуру здравоохранения – соотношение его амбулаторного и больничного секторов. Игнорируется также опыт тех стран, для которых характерна сходная с Россией сложившаяся структура системы здравоохранения. Такой страной является, в частности, Япония, опыт функционирования здравоохранения в которой, на наш взгляд, заслуживает внимания.

Анализ статистики здравоохранения Японии свидетельствует о следующем [10]. В отличие от большинства других стран в здравоохранении Японии так же, как и в российском здравоохранении, исторически сложилось очевидное преобладание больничного сектора над амбулаторным. В Японии, однако, не форсируется сокращение ни числа больниц (больничная сеть сократилась за 2005-2018 гг. всего на 7%), ни числа больничных коек (сокращение за указанный период на 9%), несмотря на то, что по обеспеченности больничными койками Япония занимает сейчас первое место в мире (13,1 на 1000 чел. населения), значительно опережая другие страны (в среднем по странам ОЭСР – 4,7 на 1000 чел. населения [10]).

В Японии сохраняется разветвленная сеть не крупных муниципальных больниц, обеспечивающих их благоприятную территориальную доступность для жителей небольших поселений. Около 3 тыс. больниц (36% их общего числа) имеют менее 100 коек, а почти 1 тыс. больниц – менее 50 коек. В среднем же одна больница в Японии приходится на 16 тыс. жителей и 45 кв. км территории. Для сравнения: в США эти показатели равны 52 тыс. жителей и 1500 кв. км, в Германии соответственно 39 тыс. и 185 кв. км.

Высокая обеспеченность стационарной медицинской помощью в Японии дает дополнительные возможности всестороннего обследования и эффективного лечения в стационаре, не ограниченного жесткими нормативами срока пребывания на больничной койке. По этому показателю, почти повсеместно рассматриваемому сейчас в качестве едва ли не главного критерия эффективности использования финансовых ресурсов здравоохранения,

Япония принципиально отличается от других стран. Среднее число дней пребывания пациента на больничной койке составляло в Японии в 2017 г. 28 дней, или в 3,6 раза больше, чем в среднем по странам ОЭСР. Напомним при этом, что при сопоставимом уровне расходов на душу населения с рядом других развитых стран Япония лидирует сейчас в мире по показателю средней продолжительности жизни.

Несмотря на сокращение числа больниц и больничных коек, численность занятых в больничном секторе Японии не сокращается, а растет. Сохраняется двукратное превышение числа врачей в больничном секторе по сравнению с амбулаторным. При этом больничный сектор в Японии берет на себя часть функций амбулаторного звена. Амбулаторный прием пациентов, например, ведется не только амбулаторными, но и больничными врачами, так как пациенты в Японии имеют право непосредственно обращаться к любому врачу, независимо от места его работы и специальности.

Численность занятых в здравоохранении Японии растет в основном за счет среднего медицинского персонала, а также парамедицинского персонала (физиотерапевты, массажисты, специалисты по лечебной физкультуре и др.) и инженерно-технических работников, обслуживающих современную медицинскую технику. Наибольший удельный вес в структуре занятых приходится на средний медперсонал, численность которого за 2005-2018 гг. увеличилась на 28%. В результате при относительно невысокой обеспеченности врачами (2,4 на 1000 жителей по сравнению с 3,5 в среднем по странам ОЭСР) в Японии самый высокий в мире показатель отношения числа среднего медперсонала к числу врачей – 4,7 (при 2,7 в среднем по странам ОЭСР [9] и 2,2 – в России). Это позволяет освободить врачей от выполнения работ, не требующих соответствующей высокой квалификации.

Предоставление пациентам высококвалифицированной медицинской помощи достигается и за счет того, что японское здравоохранение занимает первое место в мире по оснащенности современным медицинским оборудованием и одно из первых мест по уровню лекарственного обеспечения населения. Так, например, обеспеченность компьютерными томографами в Японии в 4 раза, а аппаратами МРТ в 3 раза выше, чем в среднем по странам ОЭСР. Расходы на лекарственное обеспечение в расчете на душу населения в Японии в 1,5 раза выше, чем в среднем по странам ОЭСР, при этом три четверти всех расходов приходятся на общественное финансирование (в среднем по странам ОЭСР – 58%) [9].

Возвращаясь к рассмотрению проблемы «оптимизации» медицины в России, следует указать, что в 2010 годы стимулом к дальнейшему сокращению больничного сектора стали принятые в 2012 г. так называемые «майские указы» президента РФ. Согласно этим указам, к 2018 г. средние зарплаты врачей должны были быть повышены до 200%, а среднего и младшего медицинского персонала – до 100% средней заработной платы по экономике региона. Необходимость повышения оплаты труда в здравоохранении была полностью оправданна: средняя зарплата в отрасли составляла в 2012 г. лишь 77% средней по экономике. В то же время реализация майских указов требовала адекватного увеличения финансирования медицинских организаций, что не было сделано. В результате стремление руководителей регионов отчитаться о выполнении майских указов привело к тому, что в 2012-2018 гг. были сокращены 915 больничных организаций, а общее число больничных коек снизилось на 159 тыс., или на 14%. «Оптимизация» больничного сектора проводилась и в больших городах, включая столицу. В Москве за период с 2012 по 2018 г. были сокращены 58 из 211 больничных организаций, а число больничных коек снизилось на 30 тыс., или на 36%.

Суммируя вышесказанное, можно сделать следующий вывод: обеспечение всеобщей доступности квалифицированной медицинской помощи, в том числе ее территориальной доступности, требует увеличения сети медицинских организаций как

амбулаторного, так и больничного секторов на муниципальном уровне. Должны быть укреплен их кадровый состав, значительно улучшена материально-техническая база этих организаций, оснащение их современной медицинской техникой. На самом нижнем территориальном уровне, особенно в районах с дисперсным расселением населения, представляется целесообразным не восстановление, как это происходит сейчас, сети ФАПов, являющихся устаревшей формой первичной медико-санитарной помощи, а развертывание сети офисов врачей общей практики. Задачами последних, помимо осуществления функций ФАПов, должны стать как первичная диагностика, так и ведение хронических больных, не требующих лечения в стационарах.

Таким образом, требуется не только увеличение финансирования, но и серьезная модернизация территориальной организации российского здравоохранения. В результате следует ожидать значительного роста числа занятых в здравоохранении, что представляет собой и один из важных факторов снижения напряженности на рынке труда. Рост занятости в здравоохранении полностью соответствует общемировой тенденции в условиях автоматизации производственных процессов в реальном секторе. За период с 2000 по 2017 г. в среднем по странам ОЭСР численность занятых в здравоохранении и социальном обслуживании увеличилась с 8 до 10,1% в общей численности занятых в экономике, а в таких странах, как Великобритания, Германия, США, Франция, Япония, она возросла до 12-14% [9]. В России же в результате «оптимизации» наблюдалась прямо противоположная тенденция: в общей численности занятых в экономике численность занятых в здравоохранении и социальном обслуживании снизилась с 6,8% в 2000 г. до 6,0% в 2019 г.

Уроки пандемии ковид-19. Серьезным испытанием для российского здравоохранения стала коронавирусная пандемия. Для оценки того, насколько успешно оно справилось с этим вызовом, необходимо оценить масштаб роста смертности населения России из-за пандемии. По данным Росстата, с коронавирусной инфекцией в 2020 г. было связано 162,4 тыс. смертей, в том числе 86,5 тыс. случаев были определены как непосредственно вызванные коронавирусом. Смертность, связанная с ковидом-19, по данным Росстата, была существенно выше регистрировавшейся оперативным штабом правительства (57 тыс.), однако в два раза ниже официально зарегистрированного прироста смертности в 2020 г. по сравнению с 2019 г. (323,8 тыс.). Подобный прирост смертности не наблюдался в России почти 20 лет. В результате этого прироста средняя продолжительность жизни снизилась, по предварительным данным, более, чем на 2 года и составила в 2020 г. 71,1 года, вернувшись к уровню 2014 г.

Судя по величине прироста смертности в 2020 г., можно высказать предположение, что российское здравоохранение оказалось неэффективным в борьбе с ковидом-19. Это является, однако, лишь предварительной гипотезой, требующей более детального анализа, при этом безусловный интерес в этой связи представляет сравнение ситуации в России с другими странами, так как коронавирусная пандемия стала серьезным вызовом для здравоохранения всех стран.

Для проведения такого анализа необходимо, в первую очередь, перейти от показателя годового прироста смертности к показателю избыточной смертности, т.е. ее увеличения по сравнению с ожидаемой, рассчитываемой обычно как среднее значение данного показателя за несколько предшествующих лет. При этом сравнение следует проводить лишь в отношении того временного периода, в течение которого фиксируется вспышка ковида-19, и аналогичных временных периодов в среднем за предыдущие годы. Показатель избыточной смертности рассчитан нами как разность показателя смертности за период с апреля 2020 г. (когда в России были зафиксированы первые 50 случаев

смерти, связанной с ковидом-19) по январь 2021 г. и среднего значения показателя смертности за соответствующие временные периоды предшествующих пяти лет. Такой способ расчета соответствует методике, принятой в других странах.

Согласно нашим расчетам, за указанный период избыточная смертность в период коронавирусной пандемии составила в России 350900 случаев смерти, или 240 случаев на 100 тыс. населения. Сравнение этого показателя с данными по другим странам свидетельствует о том, что в России ущерб от ковида-19 оказался существенно большим по сравнению со многими развитыми странами. Величина избыточной смертности в России была более, чем в 2 раза выше, чем в Австрии, Нидерландах, Франции и Швеции, в 3 с лишним раза выше, чем в Германии, в 5 раз выше, чем в Израиле и в 10 с лишним раз выше, чем в Дании и Финляндии. Обращает на себя внимание и тот факт, что в Норвегии, Южной Корее и Японии вообще удалось избежать роста смертности населения (табл. 3). Небезынтересно отметить в этой связи, что Южная Корея, как и Япония, значительно опережает другие страны по обеспеченности населения больничными койками, а Норвегия является безусловным мировым лидером по уровню занятости в здравоохранении (на здравоохранение и социальное обеспечение приходится 20% общей занятости в экономике Норвегии [9]).

Таблица 3

Показатели избыточной смертности по странам мира

Страна	Временной период	Число случаев избыточной смертности	Число случаев в расчете на 100 тыс. населения
Перу	01.04.2020-28.02.2021	116480	355
Мексика	29.03.2020-02.01.2021	307770	257
Россия	01.04.2020-31.01.2021	350900	240
ЮАР	12.04.2020-20.02.2021	128560	219
Польша	30.03.2020-14.02.2021	79300	207
Португалия	23.03.2020-07.02.2021	20720	201
Великобритания	14.03.2020-19.02.2021	124170	187
Испания	04.03.2020-25.02.2021	82780	177
Бельгия	16.03.2020-07.02.2021	20210	177
США	08.03.2020-06.02.2021	545420	168
Венгрия	06.04.2020-24.01.2021	14330	147
Нидерланды	16.03.2020-21.02.2021	20490	118
Франция	11.03.2020-04.03.2021	70320	109
Швеция	16.03.2020-14.02.2021	11170	108
Австрия	23.03.2020-14.03.2021	9340	105
Германия	16.03.2020-14.02.2021	63760	77
Израиль	30.03.2020-07.02.2021	4020	43
Дания	23.03.2020-21.02.2021	1160	20
Финляндия	06.04.2020-31.01.2021	820	15
Южная Корея	02.03.2020-03.01.2021	-1120	-2
Норвегия	30.03.2020-14.02.2021	-240	-4
Япония	01.03.2020-31.12.2020	-7040	-6

Источник: по данным [11].

Высокая избыточная смертность в России объясняется, разумеется, не только неэффективностью системы российского здравоохранения. Ответственность за сложившуюся ситуацию несут и власти страны. Во-первых, не был вовремя закрыт въезд в Россию из стран, где началась эпидемия. Не были даны официальные рекомендации отказаться от турпоездов в эти страны. Несмотря на то, что в феврале 2020 г. случаи заражения ковидом-19 были официально зарегистрированы во многих европейских странах, а в 11-ти районах Италии введен карантин, власти РФ прекратили авиасообщение с европейскими странами только 27 марта. Другими словами, до этого времени десятки тысяч потенциальных вирусоносителей вернулись в Россию из Европы – всего в странах ЕС в I кв. 2020 г. побывали более

миллиона российских туристов, в том числе 180 тыс. в Италии [12]. При этом ни тестирование на коронавирус, ни карантинные мероприятия в отношении прибывающих из стран, где началась эпидемия, практически не проводились. В итоге, если первый больной с диагнозом ковид-19 (вернувшийся из Италии) был зарегистрирован в России 2 марта, то к 27 марта, когда граница была закрыта, число заболевших составило уже около 2 тыс.

Кроме того, не были приняты меры, препятствующие распространению инфекции из Москвы, являющейся главными въездными воротами страны, в другие регионы. В результате в начале коронавирусной эпидемии случаи заболевания и смерти от ковида-19 регистрировались в основном только в Москве, а в последующем инфекция распространилась на всю страну.

Не только большинство населения, но и многие медицинские работники, непосредственно контактировавшие с заразившимися ковидом-19, вовремя не были обеспечены средствами индивидуальной защиты. В целом же не была создана единая, базирующаяся на рекомендациях ведущих специалистов, государственная система управления противоэпидемическими мероприятиями. Функции по введению конкретных мер борьбы с коронавирусной инфекцией были переданы руководителям регионов.

Система российского здравоохранения также оказалась неготовой к массовой эпидемии. В ходе «оптимизации» здравоохранения была свернута сеть инфекционных больниц, а число коек для инфекционных больных сократилось более, чем на 80 тыс. В результате взрывной рост заболеваемости коронавирусной инфекцией быстро привел к возникновению дефицита инфекционных коек. Для лечения больных с ковидом-19 пришлось перепрофилировать другие больницы, сохранившиеся после «оптимизации». В Москве, например, в общей сложности были перепрофилированы более 50 стационаров, в том числе стационары федеральных медицинских научных центров, оказывающих высокотехнологичную помощь больным с наиболее сложной патологией из всех регионов страны.

Из-за дефицита больниц в регионах госпитализация больных с ковидом-19 могла быть проведена только в перепрофилированных стационарах больших городов, в основном региональных центров. Необходимость транспортировки пациентов в эти больницы зачастую на расстояние более 100 км привела к снижению доступности неотложной медицинской помощи для населения сельских поселений и небольших городов. Время ожидания приезда машины скорой помощи для многих пациентов стало исчисляться часами или даже днями.

Перевод на работу в «ковидные» больницы медицинских работников из других стационаров и амбулаторных организаций, в том числе не имеющих опыта работы с инфекционными больными, обусловил как снижение эффективности лечения больных с коронавирусом, так и значительное сокращение возможности необходимой медицинской помощи другими пациентами. Для восполнения кадрового дефицита была предпринята даже попытка мобилизации студентов старших курсов медицинских ВУЗов, не имевших практических навыков работы с пациентами.

В аптечной сети большинства регионов возник дефицит многих лекарственных препаратов в результате как роста самолечения, так и политики СМИ по рекламе тех или иных «чудодейственных» лекарств. Принимавшиеся руководством регионов зачастую неадекватные меры борьбы с коронавирусной инфекцией обусловили рост социально-психологической напряженности, приводящей и к росту заболеваемости населения.

Все вышеперечисленное и обусловило, по-видимому, столь высокий уровень смертности в России в период коронавирусной пандемии. При этом, если считать достоверными приведенные Росстатом данные о числе смертей, непосредственно вызванных коронавирусом, следует сделать вывод о том, что большая смертность в рассматриваемый период была обусловлена не столько собственно ковидом-19,

сколько несовершенством всей системы медицинской помощи в стране в результате недофинансирования здравоохранения и принятия неадекватных мер по его реформированию. В этой связи насущно необходимой представляется реализация принципиально новой стратегии развития российского здравоохранения.

Литература / References

1. Общественный доклад Общероссийского народного фронта. http://www.robprzrf.ru/news/?SECTION_ID=91&ELEMENT_ID=5769 (дата обращения - 11 марта 2021) [Public report of the All-Russian Popular Front (Accessed: 11-03-2021)]
2. Дискуссия Алексея Кудрина и Сергея Собянина о роли агломераций в будущем экономики страны. <https://civil-forum.ru/news/diskussiya-alekseya-kudrina-i-sergeya-sobyantina-o-rol-i-aglomeratsiy-v-budushchem-ekonomiki-strany-vi.html> (дата обращения – 11 марта 2021). [Discussion by Alexey Kudrin and Sergey Sobyantin on the role of agglomerations in the future of the country's economy (Accessed: 11-03-21).]
3. Number of all hospital beds in the U.S. 1975-2019. Published by Frederic Michas. February 9, 2021. Электронный ресурс: <https://www.statista.com/statistics/185860/number-of-all-hospital-beds-in-the-us> (дата обращения – 12 марта 2021).
4. Hospital beds in Germany 2000-2017. Published by Frederic Michas. Sep. 3, 2020. Электронный ресурс: <https://www.statista.com/statistics/557270/hospital-beds-in-germany/> (дата обращения – 12 марта 2021).
5. Health Care Employment Projections, 2014-2024: An Analysis of Bureau of Labor Statistics Projections by Setting and by Occupation School of Public Health University at Albany, State University of New York, 2016. Электронный ресурс: https://www.chwsny.org/wp-content/uploads/2016/04/BLS-Health-Care-Employment-Projections_2016.pdf (дата обращения – 17 марта 2021).
6. Health personnel: Germany, years, facilities, sex. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=23621-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1616658138620#abreadcrumb> (дата обращения – 17 марта 2021).
7. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры 2018 // Статистический сборник. М.: Министерство здравоохранения РФ, 2019. [Resources and Activities of Healthcare Organizations. Medical Personnel 2018. Statistical Book. Ministry of Health of the Russian Federation 2019.]
8. Комплексное наблюдение условий жизни населения. М.: Росстат, 2019. [Complex monitoring of the population living conditions. Moscow: Rosstat Publishing, 2019.]
9. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
10. Handbook of Health and Welfare Statistics 2019. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/2-2.html> (дата обращения – 21 марта 2021).
11. Tracking covid-19 excess deaths across countries. Электронный ресурс: <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker> (дата обращения – 21 марта 2021).
12. Число выездных туристических поездок граждан России в зарубежные страны в 1 квартале 2020 г. Электронный ресурс: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/business/torg/tur/tab-tur1-2.htm (дата обращения – 21 марта 2021). [The number of tourist trips of Russian citizens to foreign countries in the 1st quarter of 2020 (Accessed: 2021-03-21).]



Статья поступила 31.05.2021. Статья принята к публикации 20.07.2021.

Для цитирования: В.Н. Иванов, А.В. Суворов. Современные проблемы развития российского здравоохранения. Часть 2 // Проблемы прогнозирования. 2022. № 1(190). С. 45-54. DOI: 10.47711/0868-6351-190-45-54.

Summary

MODERN DEVELOPMENT PROBLEMS OF RUSSIAN HEALTHCARE (Part 2)

V.N. IVANOV, Cand. Sci. (Econ.), Institute of Economic Forecasting, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.

A.V. SUVOROV, Dr. Sci. (Econ.), professor, Institute of Economic Forecasting, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia.

Abstract: Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia In the second part of the article (part I see in number) negative consequences of the so called healthcare optimization have been analyzed. It resulted in the limitation of access to medical care. A possible method to improve territorial organization of healthcare has been considered. The effectiveness of the Russian healthcare system in its struggle with covid-19 pandemic has been examined.

Keywords: healthcare optimization. number of hospitals and hospital beds, healthcare personnel, access to care, covid-19 pandemic, excess mortality.

Received 31.05.2021. Accepted 20.07.2021.

For citation: *V.N. Ivanov and A.V. Suvorov* Modern Development Problems of Russian Healthcare (Part 2) // Studies on Russian Economic Development. 2022. Vol. 33. No. 1. Pp. 29-35.
DOI: 10.1134/S1075700722010087.