УДК 331.5

ББК 65.240

**Калашников К.Н.**

**РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОСУДАРСТВАХ–ЧЛЕНАХ**

**ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА**

*Российская Федерация, Р. Беларусь и другие страны Евразийского экономического союза после распада СССР обрели независимость, они стали вести и самостоятельную политику в социальной сфере, в том числе и в здравоохранении, модель которого изначально строилась на единых принципах. В статье рассматриваются особенности развития здравоохранения в этих странах и то, насколько разных итогов удалось достичь государствам в этом направлении развития.*

*Евразийское экономическое пространство, здравоохранение, развитие, страны.*

Пусть и несправедливо выделять национальные модели здравоохранения, можно говорить о трёх известных в мире и типичных системах здравоохранения: модель Семашко (советская), Бевериджа (английская) и Бисмарка (немецкая). Несмотря на существенные различия между ними, и они касаются преимущественно механизмов финансирования и методов управления, эти модели имеют ряд принципиальных общих атрибутов. Один из самых главных – опора на принципы общественной солидарности. Однако систему Семашко очень легко отличить от двух других по одному заметному признаку – она «громоздка», поскольку опирается на мощные стационарные фонды и больницы. Подобная ситуация характерна для многих стран Восточной Европы и постсоветского пространства, в том числе и России: системы здравоохранения здесь обладают обширной сетью специализированных (психиатрических, туберкулезных, онкологических, дерматологических, венерологических, глазных и др.) больниц государственного, регионального и окружного уровней, построенных, как правило, в советский период [2]. Кроме того, важным отличием российской системы здравоохранения от таковых в других странах мира является организационное выделение медицинской помощи детям, предоставляемой в специальных детских больницах. Несмотря на то, что такая система в своё время была вполне оправданной и в достаточной мере решала актуальные проблемы здоровья граждан, сегодня она подвергается строгой критике, особенно если её элементы сохраняются в современных условиях. Её критикуют за экстенсивность и акцент на наращивании коечного фонда, числа врачей, объемов госпитализации и посещений поликлиник. Эксперты утверждают, что затратный режим расходования общественных средств здравоохранения, во многом поддерживаемый и сегодня, обусловлен именно структурными перекосами, заложенными в его систему в тот период истории. Система Семашко была распространена в странах СССР и государствах Восточной Европы. После распада СССР независимые страны обрели независимость и стали вести самостоятельную политику в социальной сфере, в том числе и в здравоохранении, модель которого изначально строилась на единых принципах. В статье с опорой на базовые показатели рассматриваются особенности развития здравоохранения в странах-членах Евразийского экономического союза и то, насколько разных итогов удалось достичь государствам в этом направлении развития.

В эпоху трансформационных изменений в России и других республиках бывшего СССР произошли такие деструктивные процессы, как закрытие больниц, сокращение числа больничных коек и т.д., однако причиной тому послужили не принятые правительствами этих стран целенаправленные решения (как было в странах Европы, США и Канаде), а обстоятельства непреодолимой силы – трансформационные процессы, а также, например, в случае Грузии и Таджикистана, – военные конфликты. Пожалуй, только в Киргизии закрытие больниц было предусмотрено национальными планами здравоохранения и поддержано президентскими декретами. В целом за анализируемый период, которые захватывает годы советского прошлого (1980 и 1985 гг.) и постсоветские годы независимости, отмечается общая тенденция закрытия больниц, особенно она заметна в Казахстане и Киргизии, в последней сокращение больниц было наиболее стремительным уже в середине 2000-х гг. В РФ закрытие больниц также шло внушительными темпами, которое возобновилось и в 2000-е годы, приняв уже не стихийный, а политический характер (табл. 1).

*Таблица 1*

Количество больниц на 100 000 чел. населения в странах-членах ЕАЭС (оценки ВОЗ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Страны | 1980 г. | 1985 г. | 1990 г. | 1995 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2010 г. | 2013 г. |
| Армения | 5,51 | 5,29 | 5,37 | 5,61 | 4,52 | 4,51 | 3,99 | 4,27 |
| Беларусь | 9,07 | 8,85 | 8,56 | 8,49 | 8,3 | 7,27 | 6,96 | 6,82 |
| Казахстан | 11,33 | 11,05 | 10,73 | 9,18 | 6,31 | 7,03 | 6,11 | 5,4 |
| Киргизия | 7,3 | 6,94 | 6,97 | 1,61 | 6,28 | 2,85 | 2,72 | 2,47 |
| РФ | н.д. | н.д. | н.д. | 7,75 | 6,88 | 6,19 | 3,99 | 3,5 |

Обеспеченность больничными койками в странах-членах ЕАЭС за эти годы также сокращалось, что было обусловлено как сокращением больниц, так и оптимизацией коечных фондов, в меньшей степени эти изменения отмечаются в Р. Берарусь, где лишь в последние годы власть заговорила о реструктуризации здравоохранения (табл. 2).

*Таблица 2*

Количество больничных коек на 100 000 чел. населения в странах-членах ЕАЭС

(оценки ВОЗ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Страны | 1980 г. | 1985 г. | 1990 г. | 1995 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2010 г. | 2013 г. |
| Армения | 839.54 | 869.92 | 909.48 | 880.62 | 644.43 | 446.09 | 373.46 | 405.96 |
| Беларусь | 1254.61 | 1307.13 | 1322.64 | 1237.92 | 1261.46 | 1112.93 | 1145 | 1104.56 |
| Казахстан | 1309.34 | 1358.57 | 1366.61 | 1164.64 | 719.24 | 776.15 | 729.18 | 671.77 |
| Киргизия | 1201.14 | 1203.04 | 1197.73 | 863.6 | 704.08 | 511.58 | 475.63 | 451.24 |
| РФ | н.д. | 1298.16 | 1305.53 | 1187.27 | 1089.2 | 974.22 | 875.13 | 1298.16 |

Самую общую и условную оценку эффективности деятельности здравоохранения может дать сопоставление показателей выбытия из стационаров и длительности пребывания в стационарах. Понять простую суть этого подхода поможет следующий пример. Рационально устроенная и обеспеченная необходимыми ресурсами больница напоминает «конвейер»: диагноз устанавливается достаточно быстро, эффективные и отработанные методики лечения успешно реализуются квалифицированными специалистами. Конечно, всегда имеют место сложные случаи, которые требуют более длительного лечения, однако большинство случаев болезни всё же типичны. Больница, не имеющая ни специалистов, ни инструментария, будет напоминать учреждение социальной помощи, где пациенты не лечатся, а пребывают.

Данные свидетельствуют о негативных тенденциях или, по крайней мере, об отсутствии позитивных изменений, в здравоохранении стран-членов ЕАЭС. Число выбивших из стационаров с разной степенью снижалась, что может свидетельствовать как о замещении стационарной помощи амбулаторно-поликлинической, но также и об ограничении доступности стационарной медицинской помощи, которая всё же характеризуется рядом несравнимых преимуществ перед амбулаторно-поликлинической помощью – большим вниманием к пациенту, возможностью под общим контролем состояния основных функций организма грамотно подобрать терапию. К сожалению, принципиальных изменений, хотя эти изменения, особенно в Армении, присутствуют, в сроках пребывания на больничной койке в странах ЕАЭС не произошло: больные по-прежнему терпят долгие сроки госпитализации на больничных койках (табл. 3). Повторимся, что речь не идёт о необходимости сокращения сроков госпитализаций, это должно стать естественным следствием роста технологичности медицинской помощи, малотравматичности хирургических вмешательств и т.д.

*Таблица 3*

Число выбивших из стационаров и продолжительность лечения

в странах-членах ЕАЭС (оценки ВОЗ)

|  |
| --- |
| Число выбивших из стационаров, человек на 100 населения |
|  Страны | 1980 г. | 1985 г. | 1990 г. | 1995 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2010 г. | 2013 г. |
| Армения | 14.63 | 15.78 | 13.94 | 8.63 | 5.98 | 7.89 | 9.95 | 12.35 |
| Беларусь | 24.47 | 26.59 | 24.87 | 24.86 | 29.26 | 28.1 | 30.9 | 30.79 |
| Казахстан | 22.86 | 24.18 | 23.58 | 17.08 | 14.89 | 18.12 | 16.29 | 15.29 |
| Киргизия | 23.2 | 24.43 | 23.87 | 16.98 | 15.91 | 12.93 | 15.65 | 14.45 |
| РФ | н.д. | н.д. | 22.77 | 21.34 | 21.95 | 22.2 | 22.2 | 21.59 |
| Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дней |
| Армения | 17.05 | 16.65 | 15.6 | 15.22 | 12.7 | 9.78 | 8.33 | 7.75 |
| Беларусь | 16.6 | 15.9 | 15.3 | 15.2 | 14.1 | 11.8 | 11.4 | 11.2 |
| Казахстан | 17 | 16.8 | 16 | 17.1 | 14.4 | 12.8 | 12.3 | 11.3 |
| Киргизия | 16.6 | 15.8 | 14.9 | 14.7 | 13.7 | 12.1 | 10.1 | 9.7 |
| РФ | н.д. | 17 | 16.6 | 16.8 | 15.5 | 13.8 | 12.7 | 12.1 |

Аналогичные тенденции замечают авторы книги «Реформа больниц в Новой Европе». По их словам, в постсоветский период на фоне сокращения коечных фондов и закрытия больниц сократился и приём больных (число госпитализаций в расчёте на 100 человек населения в странах бывшего СССР снизилось с 23 в 1985 г. до 15,4 в 1998 г.), однако сроки стационарного лечения больных были (в советский и постсоветский периоды) и остаются (2000-е годы) все ещё значительно выше, чем в других странах Европы [2].

Важный показатель развития систем здравоохранения – обеспеченность врачами, которая пусть и не отражает всех нюансов практики управления и эффективности, тем не менее признаётся базовым показателем. Надо сказать, что количество врачей в пересчёте на душу населения и в СССР, и в современной России очень высоко, впрочем, когда речь заходит о проблемах российского здравоохранения, не избыток, а дефицит врачей выдвигается в ряд наиболее актуальных проблем. Динамика показателя обеспеченности врачами в постсоветский период в странах-членах ЕАЭС была такой: в Армении, Р. Беларусь и Казахстане обеспеченность врачами увеличилась довольно существенно, в России её увеличение было менее заметным, в Киргизии число врачей за эти годы сократилось (табл. 4).

*Таблица 4*

Количество врачей на 100 000 чел. населения в странах-членах ЕАЭС

(оценки ВОЗ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Страны | 1980 г. | 1985 г. | 1990 г. | 1995 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2010 г. | 2013 г. |
| Армения | н.д. | н.д. | н.д. | н.д. | 256.9 | 237.6 | 251.13 | 278.36 |
| Беларусь | 236.6 | 264.07 | 289.36 | 299.31 | 326.36 | 328.92 | 351.14 | 393.84 |
| Казахстан | 280.93 | 337.83 | 378.39 | 327.34 | 297.89 | 329.97 | 350.29 | 351.46 |
| Киргизия | н.д. | н.д. | н.д. | 210.93 | 185.41 | 207.11 | 188.64 | 189.48 |
| РФ | н.д. | н.д. | н.д. | 232.59 | 235.31 | 232.95 | 240.35 | 239.07 |

В целом процесс «ухода» от модели здравоохранения Семашко в странах ЕАЭС сопровождался в целом сходными тенденциями, сокращением коек и закрытием больниц, эти изменения проходили неровно. В России, особенно в последние годы, правительство проводит активную реструктуризацию здравоохранения, которая в формальном выражении, то есть по изменению. Структурных показателей, идёт весьма успешно, однако в реальности происходит снижение доступности медицинской помощи: закрытие больниц не компенсируется повышением эффективности стационарного звена, в итоге вместо интенсификации его деятельности удлиняются сроки плановых госпитализаций. Согласно статистическим данным, базовые показатели здравоохранения – количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации в РФ значительно выше таковых в развитых странах, и это несмотря на заметное снижение в первые годы. Если по уровню общей госпитализации Россия близка к некоторым развитым европейским странам, то продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует скорее о низкой эффективности медицинской помощи, нежели о более широком предоставлении ее гражданам. Из рассмотренного ряда стран особо сложная ситуация складывается в Киргизии. Несмотря на внешний успех в сокращении коечных фондов, отчётливо проявляются признаки упадка.

**Библиографический список**

1. European Health for All Database (HFA-DB). URL: http://data.euro.who.int/hfadb/

2. Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press, 2002. Buckingham, Philadelphia. – P. 320.

**Информация об авторе**

Калашников Константин Николаевич (Россия, Вологда) – кандидат экономических наук, научный сотрудник лаборатории качества управления в социальной сфере отдела исследования уровня и образа жизни населения (160014 г. Вологда. ул. Горького, д. 56а, e-mail: common@vscc.ac.ru)

**Kalashnikov K.N.**

**DEVELOPMENT OF HEALTH CARE IN STATE MEMBERS**

**OF THE EUROASIAN ECONOMIC UNION**

*The Russian Federation, R. Belarus and other countries of the Euroasian economic union after collapse of the USSR have found independence, they began to conduct also independent policy in the social sphere including in health care which model initially was under construction on the single principles. In article features of development of health care in these countries and that how different results the states managed to reach in this direction of development are considered.*

*Euroasian economic space, health care, development, countries.*

**Bibliograficheskiy spisok**

1. European Health for All Database (HFA-DB). URL: http://data.euro.who.int/hfadb/

2. Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press, 2002. Buckingham, Philadelphia. – P. 320.

**Information about the author**

Kalashnikov Konstantin (Russia, Vologda,) – Candidate of Economics, researcher, Institute of socio-economic development of territories of RAS (56-a, Gorky Street, Vologda, 160014, e-mail: common@vscc.ac.ru).