

Г.Улумбекова, ректор ВШОУЗ в интервью «Радио России»

Термин «оптимизация» с 2012 года стал понятием отрицательным, хотя на самом деле сокращения начались еще до 2005 года, при министре Шевченко: из-за нехватки средств сокращались фельдшерско-акушерские пункты (которые мы теперь восстанавливаем); затем, при министре Зурабове шел процесс по сокращению фельдшерско-акушерских пунктов сельской местности. И очень серьезные сокращения в рамках так называемой «оптимизации» произошли в 2012 году.

Что произошло?

В 2012 году был принят совершенно правильный Указ Президента об увеличении оплаты труда медицинских работников. Для чего нужно увеличение фонда оплаты труда? Для обеспечения врачей достойной зарплатой, для привлечения молодых специалистов, для увеличения количества врачей и, соответственно, для увеличения времени приема пациента. Министерство здравоохранения представило расчеты, в соответствии с которыми нужно было увеличить Фонд оплаты труда, но министерство финансов, руководствуясь научно необоснованным отчетом, представленным финансистами и экономистами, дало указание найти деньги внутри отрасли. Согласно «отчету», в России больничных коек в разы больше, чем в Европе, а врачей неоправданно много и все нужно сокращать, в том числе и госпитализацию в стационарах. В регионы были направлены так называемые «дорожные карты», на основании которых началось массовое сокращение и объединение больниц.

В чем ошибка?

Во-первых, нельзя сравнивать Россию, которая расположена на 17 млн км с численностью 146 млн человек, и Европу – 4 млн км, с численностью 500 млн человек. В Европе за час-полтора можно доехать не то что до другой больницы, - до другой страны.

Во-вторых, поток больных на систему здравоохранения в нашей стране больше, чем в Европе. Смертность в Российской Федерации на 30% больше, чем в Европе. В России влияние здравоохранения на продолжительность жизни - 30%, остальное определяет образ жизни и доходы населения. Примерно в равных долях они влияют на здоровье населения и, соответственно, смертность.

Что получили?

При увеличивающемся потоке больных на систему здравоохранения мы сократили врачей – на 17 000, коек – на 148 000, объем финансирования (в постоянных ценах в период с 2012 по 2018) на 18%. В результате, неверно заданный вектор реформы привел к диаметрально обратному эффекту: уменьшению объемов бесплатной медицинской помощи, увеличению очередей в больницах, снижению доступности и качества медицинской помощи.

Выводы

- Здравоохранение – очень чувствительная отрасль, из которой ничего нельзя отнимать, можно только давать: сколько денег, столько и врачей, столько и бесплатных лекарств.
- Любые решения в здравоохранении должны быть научно обоснованы и серьезно обсуждаться.
- Оптимизация с 2012 по 2017 годы привела к катастрофическим последствиям. Мы сократили число врачей так, что их в расчете на 1000 человек населения меньше, чем в Германии, Италии, Испании, Швейцарии, а при этом расстояние и поток больных людей больше. А обеспеченность койками у нас ниже, чем в Польше, Чехии, Латвии и даже, Венгрии, Германии. (В Германии обеспеченность коечным фондом выше на 20%).
- Специалисты из бюджетной медицины вынуждены уходить в коммерческий сектор.
- Необходимо привлекать грамотных специалистов в сельскую местность. Мотивацией могут стать заработная плата и жилье. Сегодня существуют программы «сельский доктор» и «сельский фельдшер» (государство платит миллион рублей подъемных, тем, кто приезжает работать на село), но этого, конечно, недостаточно, на мой взгляд, должно быть подкрепление дополнительными региональными средствами, а зарплата сельских работников в медицине должна быть как минимум в 1,5 раза выше.

Post scriptum

Доверие между населением и врачами должно расти. Между ними не должно быть противостояния, которое во многом обостряется средствами массовой информации. Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи во многом зависит от отношения между врачами и пациентами.

Источник: [Высшая школа организации и управления здравоохранением](#) [Гузель Улумбековой](#)