

УДК 614.2(470+571)

ББК 51.1(2Рос)

У49

Улумбекова, Гузель Эрнстовна.

У49 Здоровоохранение России. Что надо делать : научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г. Э. Улумбекова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 592 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-1435-4

В монографии проанализированы демография и состояние здоровья населения РФ за последние 30 лет. Подробно рассмотрены существующие проблемы системы здравоохранения и вызовы для отрасли в ближайшие десятилетия. На основе проведенного анализа и уроков реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения сформулированы основные положения, задачи и механизмы реализации «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года».

Главные выводы, сделанные в монографии: 1) улучшение здоровья населения осуществимо только при увеличении финансирования здравоохранения из государственных источников и повышении эффективности деятельности системы; 2) вложения в здравоохранение экономически эффективны; 3) в условиях экономического кризиса увеличение финансирования будет способствовать экономическому росту, социальной и политической стабильности в стране; 4) ключевыми направлениями Стратегии должны стать: справедливое распределение ресурсов здравоохранения между субъектами РФ, повышение квалификации медицинских кадров и их мотивации к качественному труду, адаптация советской системы организации медицинской помощи к современным условиям, повышение эффективности управления и формирование здорового образа жизни у населения РФ.

Предназначена организаторам здравоохранения, медицинским работникам, экономистам, а также широкому кругу читателей.

УДК 614.2(470+571)

ББК 51.1(2Рос)

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Улумбекова Г.Э., 2009

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
оформление, 2010

ISBN 978-5-9704-1435-4

Посвящается учителям и наставникам

Академику РАМН **Акчурину** Ренату Сулеймановичу

Академику РАМН **Баранову** Александру Александровичу

Академику РАМН **Володину** Николаю Николаевичу

Академику РАМН **Денисову** Игорю Николаевичу

Академику РАМН **Кулакову** Владимиру Ивановичу

Академику **Мухину** Николаю Алексеевичу

Профессору **Нигматулину** Булату Искандеровичу

Профессору **Рошалю** Леониду Михайловичу

Академику РАМН **Стародубову** Владимиру Ивановичу

Профессору **Улумбекову** Эрнсту Галимовичу

Профессору **Хальфину** Руслану Альбертовичу

Академику РАН и РАМН **Чазову** Евгению Ивановичу

Академику РАМН **Чучалину** Александру Григорьевичу

Автор выражает благодарность за поддержку и содействие в работе

Руководителям субъектов РФ

Губернатору Самарской области **Артякову** Владимиру Владимировичу
Губернатору Иркутской области **Мезенцеву** Дмитрию Федоровичу
Президенту Республики Татарстан **Шаймиеву** Минтимеру Шариповичу

Министрам здравоохранения РФ (с 1996 г. – по наст. время)

Доктору экономических наук **Голиковой** Татьяне Алексеевне
Академику РАМН **Дмитриевой** Татьяне Борисовне
Кандидату технических наук **Зурабову** Михаилу Юрьевичу
Профессору **Царегородцеву** Александру Дмитриевичу
Академику РАМН **Шевченко** Юрию Леонидовичу

Министру здравоохранения Казахстана (с 2001 по 2004 г., с 2008 г. – по наст. время)

Профессору **Доскалиеву** Жаксылыку Акмурзаевичу

Министру здравоохранения Узбекистана (с 2001 по 2008 г.)

Профессору **Назырову** Ферузу Гафуровичу

Президентам РАМН

Академику РАМН **Покровскому** Валентину Ивановичу (с 1992 по 2001 г.)
Академику РАМН **Давыдову** Михаилу Ивановичу (с 2001 г. – по наст. время)

Руководителям органов управления здравоохранением, органов исполнительной и законодательной власти РФ и депутатам Государственной Думы РФ

Профессору **Андреевой** Ольге Валентиновне
Профессору **Атькову** Олегу Юрьевичу
Профессору **Борзовой** Ольге Георгиевне
Академику РАМН **Герасименко** Николаю Федоровичу
Академику РАМН **Гриненко** Александру Яковлевичу
Первому заместителю директора ИТАР-ТАСС **Гусману** Михаилу Соломоновичу
Профессору **Дмитриевой** Оксане Генриховне
Профессору **Зыятдинову** Камиллю Шагаровичу
Генеральному директору ИТАР-ТАСС **Игнатенко** Виталию Никитичу
Академику РАМН **Колесникову** Сергею Ивановичу

Профессору **Лешкевичу** Ивану Александровичу
Профессору **Найговзиной** Нелли Борисовне
Академику РАМН **Онищенко** Геннадию Григорьевичу
Профессору **Охотникову** Сергею Викторовичу
Академику РАМН **Решетникову** Андрею Вениаминовичу
Профессору **Семенову** Владимиру Юрьевичу
Члену-корреспонденту РАМН **Скворцовой** Веронике Игоревне
Члену-корреспонденту РАМН **Хабриеву** Рамилю Усмановичу

**Ректорам вузов, директорам НИИ,
академикам и членам-корреспондентам РАМН**

Профессору **Адамову** Евгению Олеговичу
Члену-корреспонденту РАМН **Александровскому** Юрию Анатольевичу
Академику РАМН **Амирову** Наилу Хабибулловичу
Члену-корреспонденту РАМН **Багненко** Сергею Федоровичу
Академику РАМН, члену-корреспонденту РАН **Беленкову** Юрию Никитичу
Члену-корреспонденту РАМН **Богомильскому** Михаилу Рафаиловичу
Академику РАН **Бокерия** Лео Антоновичу
Академику РАМН **Бочкову** Николаю Павловичу
Члену-корреспонденту РАМН **Васильеву** Александру Юрьевичу
Профессору **Верткину** Аркадию Львовичу
Академику РАН и РАМН **Воробьеву** Андрею Ивановичу
Академику РАМН **Вялкову** Анатолию Ивановичу
Академику РАМН **Гостищеву** Виктору Кузьмичу
Академику РАМН **Грачеву** Сергею Витальевичу
Академику РАМН **Гусеву** Евгению Ивановичу
Академику РАН и РАМН **Дедову** Ивану Ивановичу
Профессору **Дземешкевичу** Сергею Леонидовичу
Профессору **Егорову** Евгению Алексеевичу
Академику РАМН **Ивашкину** Владимиру Трофимовичу
Академику РАМН **Измерову** Николаю Федотовичу
Академику РАМН **Исакову** Юрию Федоровичу
Члену-корреспонденту РАМН **Кириенко** Александру Ивановичу
Академику РАМН **Котельникову** Геннадию Петровичу

Академику РАМН **Кубановой** Анне Алексеевне
Академику РАМН **Кукесу** Владимиру Григорьевичу
Члену-корреспонденту РАМН **Кучеренко** Владимиру Захаровичу
Члену-корреспонденту РАМН **Лепяхину** Владимиру Константиновичу
Академику РАМН **Лисицыну** Юрию Павловичу
Члену-корреспонденту РАМН **Литвицкому** Петру Францевичу
Академику РАМН **Лопаткину** Николаю Алексеевичу
Академику РАМН **Лопухину** Юрию Михайловичу
Академику РАМН **Мартынову** Анатолию Ивановичу
Члену-корреспонденту РАМН **Мельниченко** Галине Афанасьевне
Академику РАМН **Мошетовой** Ларисе Константиновне
Академику РАМН **Новицкому** Вячеславу Викторовичу
Академику РАМН **Оганову** Рафаэлю Гегамовичу
Академику РАМН **Пальцеву** Михаилу Александровичу
Академику РАМН **Перельману** Михаилу Израйлевичу
Академику РАМН **Петрову** Владимиру Ивановичу
Академику РАМН **Покровскому** Вадиму Валентиновичу
Профессору **Радзинскому** Виктору Евсеевичу
Члену-корреспонденту РАМН **Румянцеву** Александру Григорьевичу
Академику РАН и РАМН **Савельеву** Виктору Сергеевичу
Академику РАМН **Савельевой** Галине Михайловне
Академику РАМН **Сергиенко** Валерию Ивановичу
Академику РАМН **Серову** Владимиру Николаевичу
Академику РАМН **Сидорову** Павлу Ивановичу
Академику РАМН **Сухих** Геннадия Тихоновичу
Академику РАМН **Терновому** Сергею Константиновичу
Академику РАН и РАМН **Ткачуку** Всеволоду Арсеньевичу
Профессору **Трахтенбергу** Александру Харитоновичу
Академику РАМН **Труфакину** Валерию Алексеевичу
Академику РАМН **Тутельяну** Виктору Александровичу
Академику РАМН **Учайкину** Василию Федоровичу
Академику РАН и РАМН **Хаитову** Рахиму Мусаевичу

Академику РАМН **Харкевичу** Дмитрию Александровичу
 Академику РАМН **Чиссову** Валерию Ивановичу
 Академику РАМН **Щепину** Олегу Прокопьевичу
 Академику РАМН **Ющуку** Николаю Дмитриевичу
 Академику РАМН **Яицкому** Николаю Антоновичу
 Академику РАМН **Ярыгину** Владимиру Никитичу

Коллегам

Главному врачу Сергиевской ЦРБ **Бородулину** Сергею Васильевичу
 Профессору **Власову** Василию Викторовичу
 Профессору **Зиганшиной** Лилие Евгеньевне
 Редактору ИГ «ГЭОТАР-Медиа» **Зубаревой** Ольге Петровне
 Директору ОАО «Типография Новости» **Ивановой** Светлане Васильевне
 Главному редактору международной версии Клинических рекомендаций,
 основанных на доказательной медицине (EBM guidelines) и электронной системы
 поддержки принятия клинических решений Илкке **Куннамо**
 Профессору **Какориной** Екатерине Петровне
 Вице-президенту издательства «Williams&Wilkins» (в 90-х гг.) (США) Кэролайн

Донахью

Заместителю директора ИГ «ГЭОТАР-Медиа» **Люмановой** Зарифе Сулеймановне
 Кандидату медицинских и экономических наук **Прохоренко** Николаю Федоровичу
 Профессору **Роговской** Светлане Ивановне
 Генеральному директору ИГ «ГЭОТАР-Медиа» **Сайткулову** Камиллю Ильясовичу
 Руководителю отдела информатики медицинского центра «Пьемонт» г. Атланта
 (США) Стивену **Люксенбергу**
 Профессору **Флеку** Виталию Олеговичу

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	14
Предисловие	16
ЧАСТЬ I. Анализ проблем	21
Раздел 1. Демография и показатели здоровья населения РФ	23
1.1. Демографическая ситуация в стране	23
1.1.1. Численность населения	23
1.1.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	24
1.1.3. Общий коэффициент смертности	26
1.1.4. Смертность по классам причин.....	28
1.1.5. Неравенство различных категорий населения по показателям ожидаемой продолжительности жизни и смертности.....	33
1.1.6. Рождаемость и старение населения.....	34
1.1.7. Естественное движение населения России.....	35
1.2. Показатели здоровья населения	37
1.2.1. Заболеваемость населения	37
1.2.2. Инвалидность населения	40
1.2.3. Производственный травматизм и профессиональные заболевания	41
1.3. Последствия проблем в демографии и состоянии здоровья населения.....	43
Раздел 2. Факторы, влияющие на здоровье населения	46
2.1. Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения.....	46
2.2. Образ жизни	49
2.3. Государственные межведомственные программы по охране здоровья.....	56
2.4. Благополучие государства	57
2.5. Экологические факторы и условия труда на производстве	61
Раздел 3. Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ	65
3.1. Краткое описание истории формирования и структуры системы здравоохранения РФ.....	65
3.2. Система финансирования здравоохранения.....	72
3.2.1. Источники и объемы финансирования.....	72

3.2.2. Взаимозависимость между финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения	75
3.2.3. Расходы населения на медицинскую помощь (частные расходы)	77
3.2.4. Структура расходов на здравоохранение по функциям	79
3.2.5. Порядок аккумуляирования и распределения средств на здравоохранение	83
3.2.6. Порядок распределения средств на ТПГГ между СМО	88
3.2.7. Порядок формирования объемов медицинской помощи по ТПГГ и распределение их между поставщиками медицинских услуг	90
3.2.8. Порядок расходования средств поставщиками медицинских услуг	92
3.2.9. Тарифная политика	93
3.2.10. Региональные различия в финансировании здравоохранения	97
3.2.11. Неравенство в распределении бремени расходов на медицинскую помощь между различными группами населения	99
3.3. Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения и эффективность их использования	102
3.3.1. Структура и численность медицинских кадров	102
3.3.2. Заработная плата и квалификация медицинских кадров	108
3.3.3. Сеть лечебно-профилактических учреждений и их материально-техническое оснащение	112
3.3.4. Информатизация здравоохранения	117
3.3.5. Организация и деятельность медицинской науки	118
3.4. Организация медицинской помощи населению	122
3.4.1. Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению РФ	122
3.4.2. Ориентированность на нужды и оправданные ожидания пациентов	123
3.4.3. Система организации медицинской помощи населению	125
3.4.4. Качество медицинской помощи (КМП)	135
3.4.5. Целевые долгосрочные программы по отдельным направлениям здравоохранения	141

3.5. Управление системой здравоохранения.....	143
3.5.1. Стратегическое планирование и отчетность.....	143
3.5.2. Децентрализация в здравоохранении.....	145
3.5.3. Планирование в здравоохранении.....	147
3.5.4. Государственное регулирование	148
3.5.5. Эффективность использования имеющихся ресурсов здравоохранения	153
3.5.6. Управленческие кадры, механизмы управления и порядок принятия решений.....	156
3.6. Профессиональные и другие корпоративные гражданские организации в здравоохранении.....	158
3.7. Взаимодействие системы здравоохранения с отечественной фармацевтической промышленностью и отечественными производителями медицинской техники	159
3.8. Проблемы правового обеспечения деятельности по охране здоровья населения РФ	161
3.9. Интегральная оценка эффективности деятельности здравоохранения РФ	171
Раздел 4. Внешние вызовы системе здравоохранения РФ до 2020 г. и ожидания заинтересованных сторон	180
4.1. Внешние вызовы системе здравоохранения.....	180
4.1.1. Демографические и эпидемиологические вызовы	180
4.1.2. Экономические вызовы.....	184
4.1.3. Социальные вызовы	188
4.1.4. Организационно-управленческие вызовы	188
4.1.5. Технологические вызовы.....	189
4.1.6. Экологические вызовы.....	189
4.2. Ожидания заинтересованных сторон	190
4.2.1. Пациенты	190
4.2.2. Медицинские работники	190
4.2.3. Фармацевтические компании и производители медицинской техники.....	190
4.2.4. Другие заинтересованные стороны	191
ЧАСТЬ II. Уроки реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения и анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ до 2020 г.	193

Раздел 5. Уроки реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения.....	195
5.1. Сколько надо тратить на здравоохранение для достижения удовлетворительных показателей здоровья	196
5.2. Каким должен быть баланс между государственным (общественным) и частным финансированием здравоохранения	197
5.3. На какой модели государственного финансирования здравоохранения остановить выбор	202
5.4. Кто и сколько должен платить за ОМС	212
5.5. Как обеспечить равенство финансовых условий в системе ОМС	213
5.6. Могут ли частные коммерческие страховые медицинские организации участвовать в реализации программы ОМС	216
5.7. Что и кому обеспечивает программа государственных гарантий	218
5.8. Как формировать ПГГ	222
5.9. Как повысить квалификацию медицинских кадров в здравоохранении	229
5.10. Роль информатизации в здравоохранении	233
5.11. Лучшая модель организации медицинской помощи населению	235
5.12. Баланс между координацией медицинской помощи и свободой выбора пациентами поставщиков медицинских услуг	238
5.13. Как управлять качеством в здравоохранении	240
5.14. Как обеспечивать услуги по долговременному уходу	248
5.15. Каковы принципы национальной лекарственной политики	250
5.16. Децентрализация и централизация в управлении системой здравоохранения — где баланс	257
5.17. Баланс между рынком и государственным регулированием; государственно-частное партнерство в здравоохранении	259
5.18. Баланс между государственным и корпоративным регулированием	269
5.19. Разделение ответственности за здоровье между государством, работодателями и населением	272
5.20. Уроки программы дополнительного лекарственного обеспечения и приоритетного национального проекта «Здоровье»	276

5.20.1. Программа дополнительного лекарственного обеспечения населения (ДЛО)	276
5.20.2. ПНП «Здоровье»	283
Раздел 6. Анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ до 2020 г.	298
6.1. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.»	298
6.2. Программа антикризисных мер Правительства РФ на 2009 год	299
6.3. Предложения ГУ-ВШЭ: «Концепция модернизации российского здравоохранения на 2008—2020 гг.»	300
6.4. Предложения Всемирного банка «Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения здоровья населения»	302
6.5. Проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.»	303
ЧАСТЬ III. Основные положения «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.»	307
Раздел 7. Общие положения Стратегии	309
7.1. Принципы формирования и структура Стратегии	309
7.2. Приоритеты Стратегии	310
7.3. Цели Стратегии	312
Раздел 8. Основные направления реализации Стратегии	314
Сводный перечень задач	314
8.1. Совершенствование системы финансирования здравоохранения (задачи 1—7)	317
8.2. Обеспечение системы здравоохранения необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами (задачи 8—13)	330
8.3. Совершенствование системы организации медицинской помощи населению (задачи 14—22)	343
8.4. Повышение эффективности управления здравоохранением (задачи 23—30)	360
8.5. Реализация программ по охране здоровья населения (задачи 31—39)	372
Раздел 9. Порядок реализации Стратегии	386
9.1. Особенности реализации Стратегии в период экономического кризиса	386

9.1.1. Факторы, влияющие на политику здравоохранения в период экономического кризиса	386
9.1.2. Направления реализации Стратегии в период экономического кризиса	387
9.2. Порядок обсуждения Стратегии	391
9.3. Этапы и порядок реализации Стратегии	399
9.3.1. Этапы	399
9.3.2. Порядок реализации	399
9.4. Управление рисками реализации Стратегии	400
Раздел 10. Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты	404
10.1. Обоснование ключевой роли здравоохранения в достижении экономического роста	404
10.2. Влияние здравоохранения на безопасность страны, социальную и политическую стабильность	411
10.3. Оценка рентабельности вложений в здравоохранение	413
10.4. Выгоды от реализации Стратегии для заинтересованных сторон	414
Приложения	415
Приложение 1. Основные понятия и определения	417
Приложение 2. Справочные материалы к рисункам	429
Приложение 3. Проект региональной Стратегии развития здравоохранения (на примере проекта «Стратегии развития здравоохранения Самарской области», 2008 г.)	454
Приложение 4. Проект «Концепции развития непрерывного медицинского образования в Российской Федерации»	522
Приложение 5. Обоснование предложений по формированию ПГГ и роль стандартов медицинской помощи в здравоохранении РФ	551
Список использованной литературы	571

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСМОК	— Ассоциация медицинских обществ по качеству
ВВП	— валовой внутренний продукт
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВОП	— врач общей практики
ВРОС	— Всероссийский общественный Совет
ВРП	— валовой региональный продукт
ВТМП	— высокотехнологичная медицинская помощь
ВЦИОМ	— Всероссийский центр изучения общественного мнения
ГУ-ВШЭ	— Государственный университет — Высшая школа экономики
ГЧП	— государственно-частное партнерство
ДК	— децильный коэффициент
ДЛО	— дополнительное лекарственное обеспечение
ДМС	— добровольное медицинское страхование
ДТП	— дорожно-транспортное происшествие
ДСГ	— диагностически связанные группы
ЕДВ	— ежемесячные денежные выплаты
ЕС	— Евросоюз
ЕСН	— единый социальный налог
ЖНВЛС	— жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства
ИМН	— изделия медицинского назначения
ИС	— информационная система
КМП	— качество медицинской помощи
КР	— клинические рекомендации
КТ	— компьютерный томограф
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
ЛС	— лекарственные средства
МО	— медицинская организация
МИАЦ	— медицинский информационно-аналитический центр
МИС	— медицинская информационная система
МНН	— международное непатентованное наименование
МРТ	— магнитно-резонансный томограф
НИОКР	— научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
НМО	— непрерывное медицинское образование
НСУ	— набор социальных услуг
ОКС	— общий коэффициент смертности
ОМС	— обязательное медицинское страхование

ОНЛС	— обеспечение населения лекарственными средствами
ОПЖ	— ожидаемая продолжительность жизни
ОЭСР (OECD)	— Организация стран экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development)
ПНП	— приоритетный национальный проект
ПГГ	— программа государственных гарантий
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
ППС	— паритет покупательной способности
РАМН	— Российская академия медицинских наук
РАН	— Российская академия наук
РМЭЗ	— Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения
РСПП	— Российский союз промышленников и предпринимателей
СамГМУ	— Самарский государственный медицинский университет
СМИ	— средства массовой информации
СМО	— страховая медицинская организация
СО	— Самарская область
ТПГГ	— территориальная ПГГ
ТФОМС	— территориальный фонд ОМС
УДУ	— услуги долговременного ухода
ФЗ	— федеральный закон
ФОМС	— Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФОТ	— фонд оплаты труда
ФСС	— фонд социального страхования
ЦРБ	— центральная районная больница
ЭИБ	— электронная история болезни
АСР	— American College of Physicians
ISO	— International Organization for Standardization (система международных стандартов)
NHS	— National Health Service (национальная служба здравоохранения)
NICE	— National Institute for Health and Clinical Excellence (Национальный институт здоровья и совершенствования клинической практики)
PYLL	— Potential years of life lost (потенциально потерянные годы жизни)

Если есть справедливое дело, его надо выполнить, даже когда у вас имеется тысяча причин, мешающих это сделать.

Мария Склодовская-Кюри¹

ПРЕДИСЛОВИЕ

В ноябре 2008 г. Правительство РФ утвердило «Концепцию долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.»². В этом документе определены основные цели развития нашей страны: социальная справедливость, снижение неравенства по доходам и бедности, улучшение здоровья населения — увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет, снижение общего коэффициента смертности населения (ОКС) до 11,0 (на 1000 человек). Для реализации этих целей необходимо разработать ведомственные Стратегии развития до 2020 г., в том числе и по охране здоровья населения. Цель данной монографии — научно обосновать Стратегию развития здравоохранения РФ до 2020 г., а также способствовать скорейшему ее принятию Правительством РФ.

Вопрос о системной модернизации российского здравоохранения был инициирован Министерством здравоохранения и социального развития РФ ранее, в начале 2008 г. Ведомственным приказом № 48 от 05.02.2008 г. была организована комиссия под руководством министра здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой по разработке «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.». В ее состав вошли известные организаторы здравоохранения, ведущие ученые, представители Минздравсоцразвития России, Общественной палаты РФ, Российской академии медицинских наук. Среди них: председатель Комиссии по здравоохранению Обществен-

¹Мария Склодовская-Кюри (1867–1934) — известный физик и химик, дважды лауреат Нобелевской премии по физике и химии (1903, 1911).

²Утверждена распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г.

ной палаты РФ Л.М. Рошаль, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии акад. РАМН Л.А. Бокерия, руководитель Роспотребнадзора акад. РАМН Г.Г. Онищенко, председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ О.Г. Борзова и др. В соответствии с утвержденным Положением о работе Комиссии для подготовки отдельных разделов Концепции были сформированы 9 рабочих групп по основным направлениям: по программе государственных гарантий, системе финансового управления отраслью, инновационному и кадровому обеспечению развития здравоохранения и др. Был создан интернет-сайт для широкого обсуждения Концепции www.zdravo2020.ru.

Большая предварительная работа по подготовке основных положений Концепции была проделана в 2006–2007 гг. в комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ под руководством Л.М. Рошаля, и представленные ею материалы были использованы в ходе заседаний рабочих групп. Ответственным секретарем Комиссии по разработке Концепции, автором настоящей монографии, была проделана организационная работа по сбору и обобщению материалов, подготовленных рабочими группами, руководителями региональных органов управления здравоохранением и внешними экспертами; также были написаны разделы по анализу состояния здоровья населения и системы здравоохранения РФ и проанализирован международный опыт, касающийся реформирования здравоохранения.

В июне 2008 г. первый вариант Концепции был представлен на обсуждение медицинской общественности. Важнейшие положения обсуждаемой Концепции легли в основу раздела по здравоохранению «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», утвержденной в ноябре 2008 г. распоряжением Правительства РФ № 1662-р. Среди этих положений: поэтапное увеличение государственного финансирования здравоохранения до 5,5% ВВП; организация модели одноканального финансирования здравоохранения; улучшение лекарственного обеспечения граждан; повышение квалификации медицинских кадров, в том числе путем развития непрерывного медицинского образования; совершенствование системы охраны здоровья, медико-санитарное просвещение населения; дальнейшее развитие приоритетного национального проекта «Здоровье» и информатизация здравоохранения. В начале 2009 г. медицинской общественности был представлен новый вариант проекта Концепции

развития здравоохранения, переработанный под руководством заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцовой. В настоящее время этот документ находится в стадии обсуждения.

Работа над федеральной Концепцией стимулировала субъекты РФ к созданию региональных Стратегий развития до 2020 г. Так, в Самарской области (СО) в соответствии с Поручением № 1-20/160 от 26.06.2008 г. губернатора В.В. Артякова Министерством здравоохранения и социального развития СО был образован Экспертный совет для подготовки Стратегии развития здравоохранения СО. Совет возглавил акад. РАМН Г.П. Котельников; в его состав вошли опытные организаторы здравоохранения СО: М.Ю. Антимонова, С.В. Бородулин, Г.Н. Гридасов, Н.Ф. Прохоренко, Л.С. Федосеева и др. Автор (в должности советника губернатора СО) был назначен ответственным секретарем этого совета и координировал работу над Стратегией. Следует отметить, что в Самарской области ранее был накоплен большой опыт модернизации региональной системы здравоохранения (новый хозяйственный механизм, система одноканального финансирования и фондодержания, институт врача общей практики), что способствовало достижению положительных результатов, например в СО один из наиболее низких в РФ показателей младенческой смертности. К сожалению, экономический кризис помешал принятию правительством области разработанной советом Стратегии и запланированному увеличению финансирования здравоохранения СО. Тем не менее автор надеется, что эти материалы могут быть полезны для разработки региональных Стратегий в других субъектах РФ и отстаивания позиции организаторов здравоохранения по увеличению финансирования здравоохранения, поэтому проект «Стратегии развития здравоохранения СО до 2020 г.» представлен в приложении 3.

В основу данного издания легли материалы, которые готовились автором в течение последних 7 лет, в том числе в рамках работы над Концепцией развития здравоохранения РФ и Стратегией развития здравоохранения СО. Всего проанализировано около 350 литературных источников, большинство из которых опубликованы в последние 5–7 лет, в том числе Стратегии развития здравоохранения ряда экономически развитых стран. Также использованы доклады (за 2006–2009 гг.) ежегодного конгресса организаторов здравоохранения «Всемирный конгресс здравоохранения». Многие положения по модернизации здравоохранения обсуждались на за-

седаниях Общественной палаты РФ и Ассоциации медицинских обществ по качеству (АСМОК)¹, на «круглых столах» в Государственном университете — Высшей школе экономики (ГУ-ВШЭ), а также на встречах с ведущими экспертами и руководителями здравоохранения Великобритании, Финляндии, США, Франции, Германии и Голландии.

Благодаря такому сотрудничеству автору удалось обеспечить создание и внедрение в 2003–2009 гг.: учебников нового поколения в систему базового медицинского образования; клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине, в практику российского здравоохранения; а также современных руководств для системы последиplomного образования (серию «Библиотека врачей первичного звена здравоохранения», 19 руководств; серию «Национальные руководства», 50 руководств). В последнем проекте были задействованы более 3500 ведущих специалистов страны. С участием ведущих профессиональных обществ организована разработка материалов по здоровому образу жизни для населения (серии «Кодексы здоровья» и «Школы здоровья»), аналитических документов («Концепция развития непрерывного медицинского образования в РФ», «Стандарты и клинические рекомендации» и др.).

В монографии анализируются состояние здоровья населения РФ и факторы, оказывающие на него наибольшее влияние, в том числе проблемы российского здравоохранения; внешние вызовы² для отрасли в предстоящие десятилетия, а также проблемы, связанные с экономическим кризисом. Проведен анализ опыта реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения. В условиях сложившейся практики отсутствия ежегодных итоговых ведомственных отчетов, где должны приводиться данные с нарастающим итогом по годам, многие таблицы по оценке эффективности деятельности системы здравоохранения в динамике по годам составлены автором впервые.

¹ Общественная организация, объединяющая научно-практические общества и ассоциации. Деятельность АСМОК направлена на улучшение качества медицинской помощи и медицинского образования. Автор настоящей монографии является исполнительным директором АСМОК.

² Факторы, которые будут влиять на политику здравоохранения в предстоящий период.

На основе результатов анализа, а также положений «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», «Бюджетного послания Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2010–2012 гг.» (от 25.05.2009 г.) и «Антикризисного плана Правительства РФ» (от 19.06.2009 г.) сформулированы основные задачи и механизмы реализации «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.».

Главный вывод автора — для достижения целей, поставленных Президентом РФ и Правительством РФ к 2020 г. по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет и снижению смертности в 1,5 раза, необходимо увеличить финансирование здравоохранения как минимум в 2 раза. Это позволит в период с 2009 до 2020 г. сохранить 5 млн жизней российских граждан и получить экономический эффект — рост ВВП на 6% ежегодно. Рентабельность дополнительных вложений в здравоохранение составляет 200%, т.е. на каждый дополнительный рубль, вложенный в здравоохранение, рост ВВП составляет 3 руб.

Автор надеется, что обсуждение представленных в монографии положений вновь вызовет интерес к вопросам модернизации российского здравоохранения и будет полезным при формировании окончательного варианта Стратегии. Все замечания и комментарии по данной монографии будут приняты с признательностью (электронный адрес для отзывов: ge@asmok.ru).

ЧАСТЬ I

Анализ проблем

РАЗДЕЛ 1

Демография и показатели
здоровья населения РФ

РАЗДЕЛ 2

Факторы, влияющие на здоровье населения

РАЗДЕЛ 3

Состояние и деятельность
системы здравоохранения РФ

РАЗДЕЛ 4

Внешние вызовы системе здравоохранения РФ
до 2020 г. и ожидания заинтересованных сторон

Одной из самых распространенных причин ошибок в политике является искушение доложить высокопоставленному руководителю именно то, что тому более всего хотелось бы услышать. Таким образом лидеру, от которого зависит дальнейшее развитие событий, ситуация представляется более оптимистичная, чем в действительности, обусловленная грубыми фактами.

Уинстон Черчилль¹

РАЗДЕЛ 1

Демография и показатели здоровья населения РФ

1.1. Демографическая ситуация в стране²

1.1.1. Численность населения

По данным Росстата, население России на 01.01.2008 г. составило 142 млн человек, на 01.01.2009 г. — 141,9 млн человек; из них трудоспособное население — 63%, дети от 0 до 15 лет — 16%, лица старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) — 21%. Численность населения страны, начиная с 1992 г., постоянно сокращается, особенно ускоренно — с 1998 по 2005 г.: около 700 тыс. человек в год (рис. 1). Однако в 2006 и в 2007 гг. среднегодовые темпы снижения численности населения страны существенно уменьшились — в 1,5 и 2,2 раза соответственно.

На рисунке 1, как и на рис. 2–4 и рис. 7, приведены также целевые значения показателей, запланированных к 2020 г. в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период

¹ Уинстон Черчилль (1874–1965) — британский государственный и политический деятель, премьер-министр Великобритании в 1940–1945 и 1951–1955 гг., лауреат Нобелевской премии по литературе (1953).

² В подготовке этого раздела использованы данные Росстата 2003–2009 гг., статистические базы данных ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfadb/index.php>) и ОЭСР (OECD), 2009, более подробно — см. список использованной литературы.

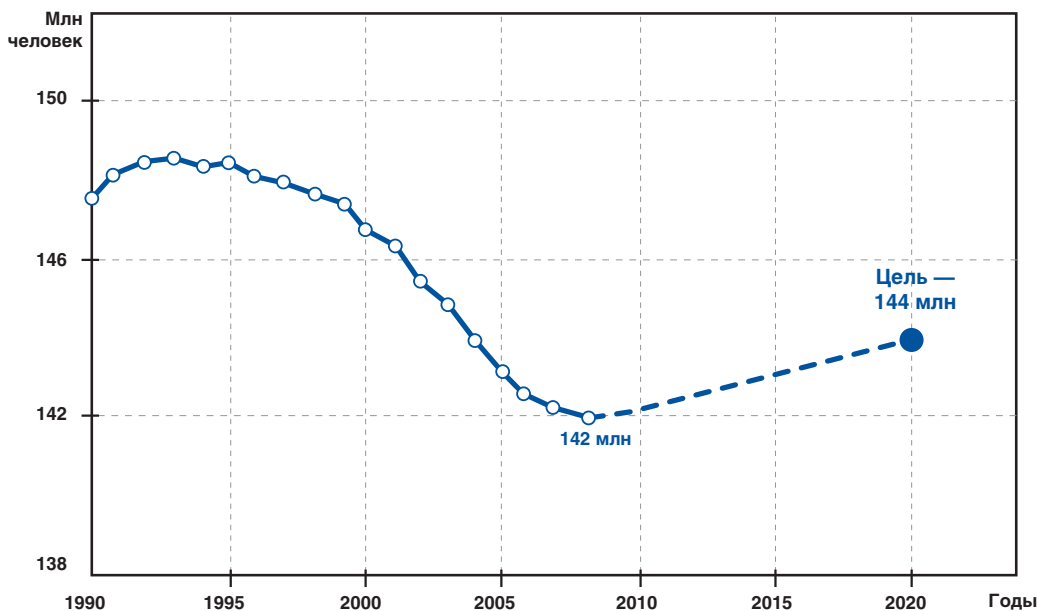


Рис. 1. Динамика среднегодовой численности населения России (млн человек).

Пунктирная линия — целевые показатели (здесь и на рис. 2–4, рис. 7)

до 2020 г.» и в «Концепции демографической политики на период до 2025 г.» (более подробно — см. раздел 6). Запланированное увеличение численности населения к 2020 г. — 144 млн человек.

1.1.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении¹

С 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни в России начала заметно расти и составила в 2007 г. 67,5 года (в 2006 г. она равнялась 66,6 года, в 2005 г. — 65,3 года) (рис. 2). Тем не менее она остается низкой — на 7 лет меньше, чем в «новых» странах Евросоюза (ЕС; это

¹ Это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетического поколения, родившемуся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель. Ожидаемая продолжительность жизни — наиболее адекватная обобщающая характеристика соответствующего уровня смертности во всех возрастах.

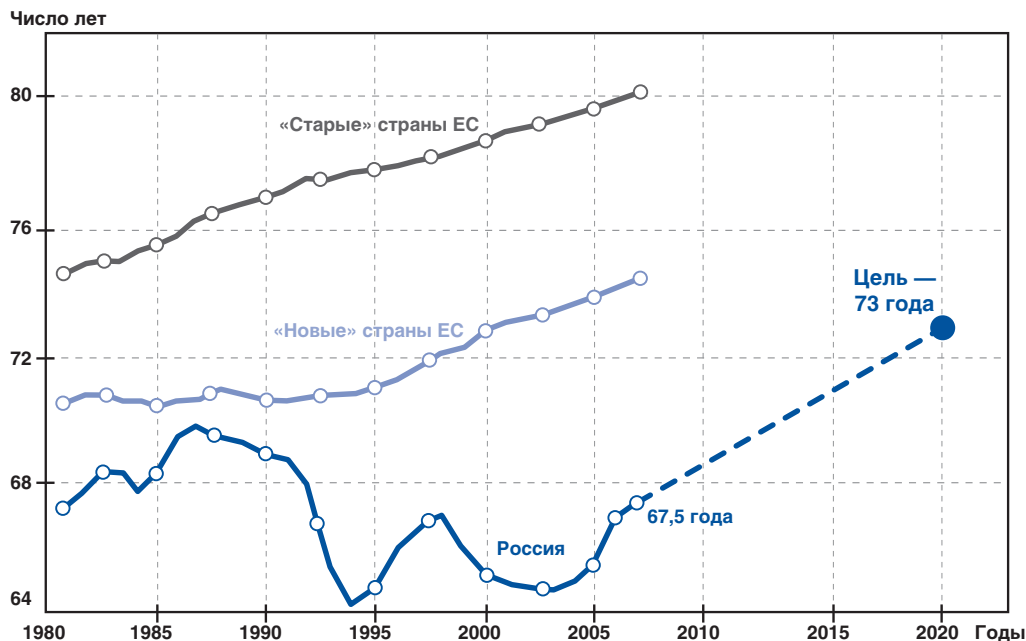


Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (см. также рис. 1-п, стр. 429)

10 стран: европейские страны бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.), и на 13 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС (15 стран: Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и другие, входившие в ЕС до мая 2004 г.)¹. Этот показатель также на 2,5 года меньше, чем был в Советском Союзе в 1985–1986 гг.

К началу XXI столетия Россия вернулась по ожидаемой продолжительности жизни примерно на тот же уровень отставания от развитых стран, что был в царской России в начале XX в., а у мужчин в сравнении со многими развитыми странами отличие стало даже большим, чем в 1900 г. (табл. 1).

При этом следует отметить, что в России сохраняется катастрофическая (самая высокая в мире) разница между ожидаемой продолжи-

¹ Здесь и далее: данные по «старым» странам ЕС за 2006 г., «новым» — за 2007 г.

Таблица 1

**Отставание России от развитых стран по ожидаемой
продолжительности жизни в начале XX и в начале XXI вв. (лет)**

Год	От США	От Франции	От Швеции	От Японии
Мужчины				
1900	15,9	12,7	20,3	14,5
1965	2,3	3,0	7,2	3,2
2007*	13,8	15,9	17,3	17,6
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
1965	0,5	1,4	2,8	– 0,5
2007*	6,5	10,5	9,0	11,9

* Россия — 2007 г., США, Франция, Швеция и Япония — 2006 г.

тельностью жизни мужчин и женщин — 12,5 года. Ключевую роль в снижении ожидаемой продолжительности жизни населения РФ играет увеличение смертности людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин, которая по сравнению с 1990 г. возросла более чем на 40%.

1.1.3. Общий коэффициент смертности

Общий коэффициент смертности (число умерших от всех причин на 1000 человек) в 2008 г. составил 14,7, что практически столько же, сколько и в 2007 г. (14,6), и меньше, чем в 2006 г. (15,2) и в 2005 г. (16,1) (рис. 3). Тем не менее общий коэффициент смертности остается в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, и в 1,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Следует отметить, что в 1986 г. смертность в России была ниже, чем в «новых» странах ЕС, и такой же, как в «старых» странах ЕС; общий коэффициент смертности в те годы в РФ равнялся 10,5.

На рисунке 4 представлена динамика коэффициента **младенческой смертности** (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми). Этот показатель постоянно улучшается и в 2007 г. составил 9,4, однако остается в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, и в 2,4 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Следует учесть, что показа-

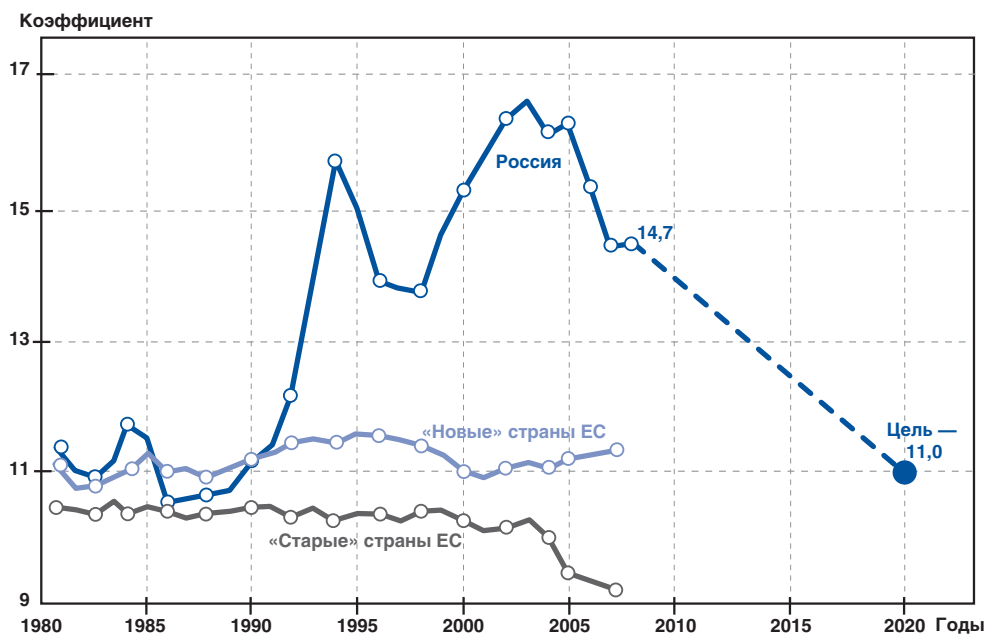


Рис. 3. Общий коэффициент смертности населения (на 1000 человек)

тель младенческой смертности в РФ учитывает смертность родившихся с массой тела 1 кг и выше, а в европейских странах — от 0,5 кг. Таким образом, при переходе в РФ на учет младенческой смертности по европейской методике этот показатель окажется еще выше, чем сегодня.

Сокращение младенческой смертности могло быть более значительным, однако оно сдерживается неблагоприятными тенденциями в репродуктивном здоровье населения России. Из 4 млн девушек в возрасте от 16 до 18 лет (будущие матери), по экспертным оценкам, абсолютно здоровыми являются 3–20%, остальные страдают теми или иными заболеваниями (в том числе злоупотребляют алкоголем и принимают наркотики), которые влияют на репродуктивную функцию женского организма (Баранов А.А., 2009; Уварова Е.В., 2007). В структуре причин младенческой смертности более 2/3 случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, т.е. на заболевания, связанные со здоровьем матери.

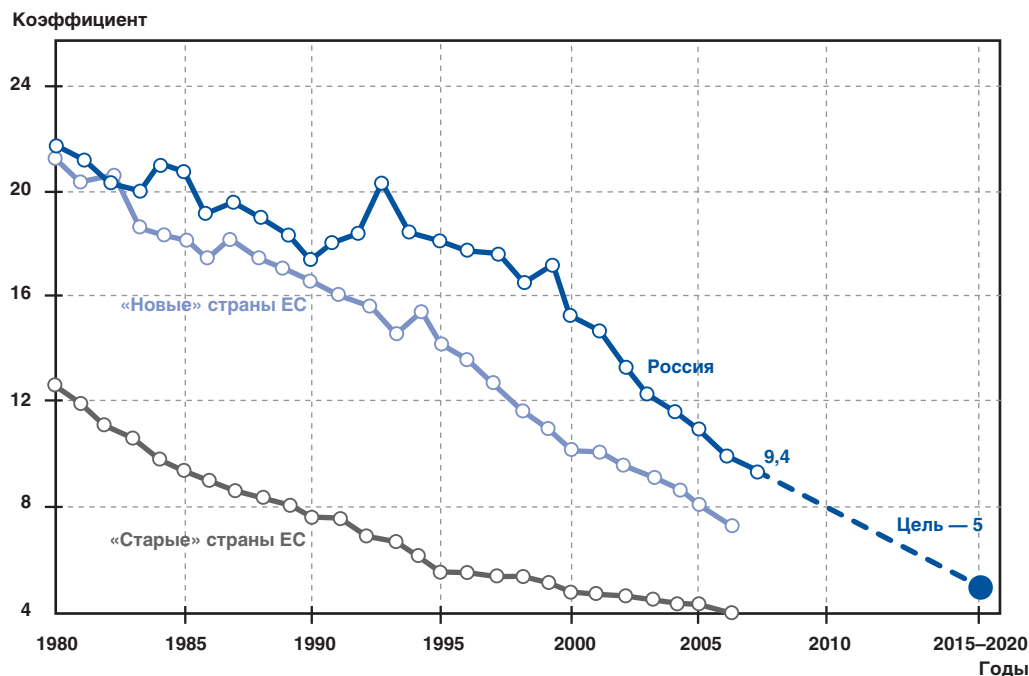


Рис. 4. Общий коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми)

1.1.4. Смертность по классам причин

Динамика смертности населения России по основным классам причин на 100 тыс. человек показана на рис. 5. Видно, что в 1998–2004 гг. смертность населения России постоянно увеличивалась по всем основным классам причин. Определенная стабилизация и улучшение наступили только в 2005–2007 гг. При этом основная доля в росте смертности населения страны приходится на болезни системы кровообращения (рост более чем в 1,3 раза за последние 15 лет); далее следует смертность от новообразований и от внешних причин (самоубийств, транспортных несчастных случаев, травм, отравлений алкоголем, убийств и т.д.).

В 2007 г. основными причинами смертности были неинфекционные заболевания: **болезни системы кровообращения** — 57% (1 млн 185

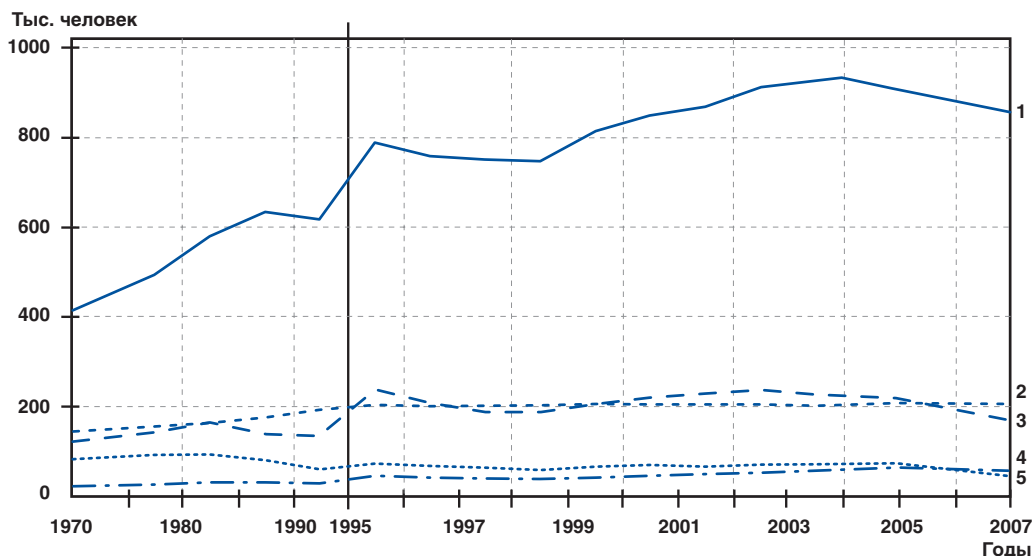


Рис. 5. Динамика смертности населения по основным классам причин (на 100 тыс. населения):

1 — болезни системы кровообращения; 2 — новообразования; 3 — внешние причины смерти; 4 — болезни органов пищеварения; 5 — болезни органов дыхания

тыс. из 2 млн 80 тыс. умерших); **новообразования** — 13,8%, **внешние причины** — 12,5%, болезни органов пищеварения — 4,2%, болезни органов дыхания — 3,7%. От инфекционных заболеваний умерли 33,6 тыс. человек, что составило 1,6% всех умерших (рис. 6).

В РФ показатели **смертности от болезней системы кровообращения** являются одними из самых высоких в мире и составили в 2007 г. 834 случая на 100 тыс. человек (в 2006 г. — 865, в 2005 г. — 908). Соответствующие показатели в 2006 г. в «старых» странах ЕС составили 196, в «новых» странах ЕС — 464, в США — 315. Анализ возрастной структуры смертности от болезней системы кровообращения в период с 1991 по 2006 г. показывает существенное увеличение смертности в трудоспособном возрасте. Например, в возрасте от 30 до 44 лет она увеличилась на 86% (с 76 до 142 случаев на 100 тыс. населения), а в возрасте от 45 до 59 лет — на 36% (с 431 до 585 случаев на 100 тыс. населения).

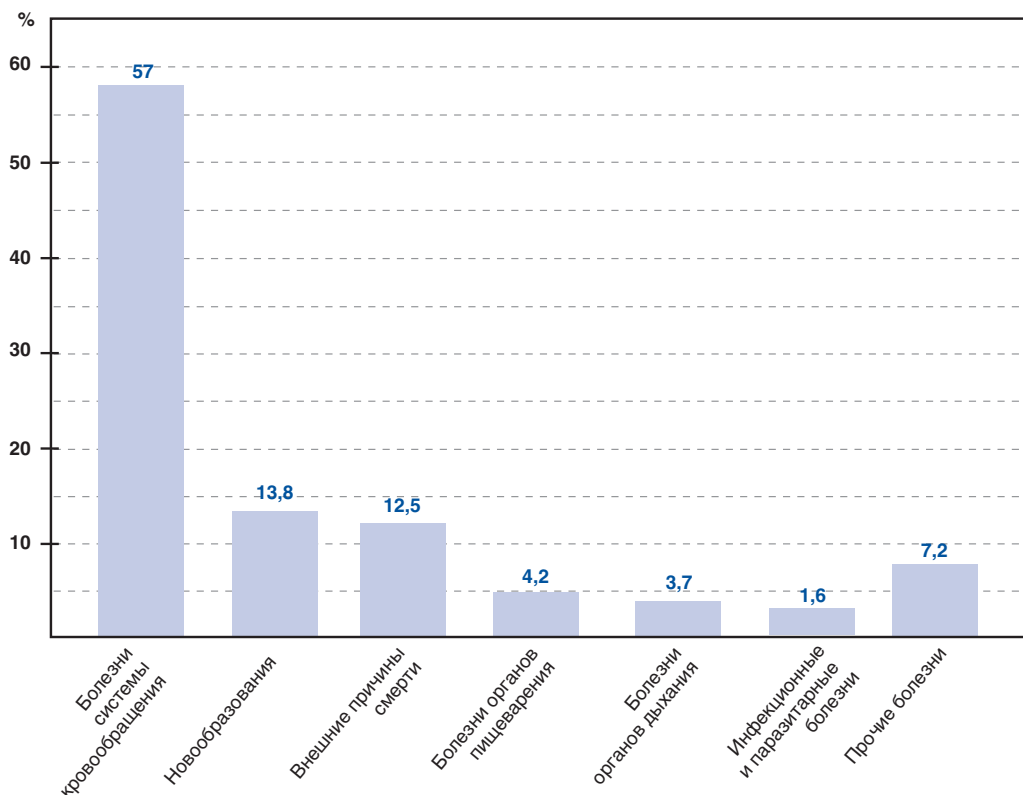


Рис. 6. Структура смертности населения России по основным классам причин в 2007 г.

По данным Росстата, в 2007 г. **смертность от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя** (хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени, случайные отравления алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии), была в нашей стране одной из самых высоких в мире¹: 53 случая на 100 тыс. человек (у мужчин — 84,4, у женщин — 25,8).

¹ В статистической базе данных ВОЗ при оценке алкогольассоциированных смертей учитывается больший, чем в Росстате, перечень заболеваний.

По данным D. Zaridze et al. (2009), неумеренное употребление алкоголя в последние годы в нашей стране обусловило более половины смертей в группе трудоспособного населения в возрасте от 15 до 54 лет. При этом учитывались смерти не только от причин, регистрируемых Росстатом, но и алкогольассоциированные смерти от травм, несчастных случаев, убийств и самоубийств, злокачественных новообразований пищевода и гортани, рака печени, туберкулеза и пневмонии.

Новообразования. В 2007 г. смертность от онкологических заболеваний составила 203 на 100 тыс. человек (2006 г. — 200,9, в 2005 г. — 201,2). Этот показатель в России на 20% выше, чем в «старых» странах ЕС, и находится на одном с «новыми» странами ЕС уровне. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение 1-го года после установления диагноза (например, от рака легкого — 56%, от рака желудка — 55%), что свидетельствует о низкой ранней выявляемости этих заболеваний. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше.

Смертность от внешних причин в 2007 г. составила в России 182,5 случая на 100 тыс. человек (в 2006 г. — 198,5, в 2005 г. — 220,7). Это в 5 раз больше, чем в «старых» странах Евросоюза, и в 2,9 раза больше, чем в «новых» (соответственно 34,2 и 62,3 случая на 100 тыс. человек).

По данным А.В. Немцова (2008), чрезмерное потребление в России алкогольных напитков составляет огромную долю в смертности от внешних причин (59% у мужчин и 43% у женщин) как напрямую (смерть вследствие отравления алкоголем), так и косвенно — ведет к дорожно-транспортным происшествиям (ДТП), становится причиной насильственной смерти и т.д. В состоянии опьянения находились большинство убийц и/или их жертвы, а также около половины самоубийц.

Случайные отравления алкоголем — одна из основных внешних причин смертности в России. Алкоголь — сильное психотропное вещество; прием 400 г даже качественного спирта в течение 1 ч может

привести к смертельному исходу. Поэтому сама доступность спирта делает его опасным.

В 2007 г. смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 17,7 на 100 тыс. человек (в 2006 г. — 23,1, в 2005 г. — 28,6). При этом в 2007 г. смертность населения в трудоспособном возрасте от этой причины была значительно выше и равнялась 22,3 (у мужчин — 36,9, у женщин — 8,3) на 100 тыс. человек трудоспособного возраста. В городе смертность населения трудоспособного возраста составила 20,4, на селе значительно выше — 30,1. Особенно высокий этот показатель у мужчин трудоспособного возраста в сельской местности, где он равняется 46,3 (у женщин — 11,9), что в 2 раза выше, чем в среднем по стране.

Транспортные несчастные случаи. Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (главным образом при ДТП) составляет 27,5 на 100 тыс. населения (в 2006 г. — 26,8, в 2005 г. — 28,1), что практически в 3,5 раза выше, чем в «старых» странах Евросоюза (7,9), и в 1,9 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (14,7). И это при том, что количество автомобилей на душу населения в России более чем в 2 раза меньше, чем в странах ЕС.

Самоубийства. В России частота самоубийств в 2007 г. составляла 29,1 случая на 100 тыс. человек (в 2006 г. — 30,1, в 2005 г. — 32,2), что в 3 раза выше, чем в «старых» странах Евросоюза (9,3), и в 2 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (13,9).

Убийства. С 1990 по 2007 г. частота убийств в стране увеличилась в 1,2 раза — с 14,3 до 17,9 случая на 100 тыс. человек в год (в 2006 г. — 20,2, в 2005 г. — 24,9); этот показатель в РФ — один из самых высоких в мире (в «старых» странах Евросоюза он равен 0,75 на 100 тыс. населения в год, в «новых» — 1,9). При этом, средний возраст жертв насильственной смерти намного ниже, чем в случае смерти от других причин; это значительно увеличивает потери населения в трудоспособном возрасте. После 1998 г. начало расти число насильственных смертей у молодых людей, что сопряжено с увеличившимся потреблением ими алкогольных напитков и наркотиков.

1.1.5. Неравенство различных категорий населения по показателям ожидаемой продолжительности жизни и смертности

Имеются существенные различия в ожидаемой продолжительности жизни между населением субъектов РФ. Например, в Читинской, Амурской и Сахалинской областях этот показатель на 5–7 лет ниже, чем средний по России. Коэффициент общей смертности в ряде областей (Новгородской, Владимирской, Рязанской, Брянской, Курской) в 1,5 раза выше, чем в среднем по России. Показатели смертности и ожидаемой продолжительности жизни в разных субъектах РФ, а также их соотношение с уровнем финансирования здравоохранения в этих субъектах подробнее представлены в разделе 3.2.10.

Ожидаемая продолжительность жизни сельского населения оказалась в 2007 г. ниже, чем городского, на 2,6 года, а смертность — выше почти на 20%. При этом разница в ожидаемой продолжительности жизни населения в городе и на селе возросла с 1986 г. на 1,4 года (в 1986 г. эта разница составляла чуть более одного года). Связано это как с поведенческими факторами (употребление алкоголя), так и с меньшей доступностью медицинской помощи в сельской местности (см. раздел 3.3.3).

В России самый большой в мире разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин (12,5 лет), что свидетельствует о преимущественном влиянии специфических поведенческих факторов (см. раздел 2.2). Так, по данным РМЭЗ¹ (2005), мужчины в России употребляют алкоголь в 6 раз больше, чем женщины, а распространенность курения среди них выше в 4 раза, причем мужчины выкуривают в среднем 16 сигарет в день, а женщины — 11 (Bobak M., Gilmore A., McKee M. et al., 2006).

Хотя женщины в России и живут гораздо дольше мужчин (ожидаемая продолжительность жизни женщин в 2007 г. — 73,9, мужчин — 61,4), состояние их здоровья значительно хуже, чем у жительниц

¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения.

стран ЕС, а ожидаемая продолжительность жизни в среднем соответственно на 9,2 и 4,5 лет меньше, чем у женщин, живущих в «старых» и «новых» странах ЕС.

1.1.6. Рождаемость и старение населения

Демографическая ситуация в стране усугубляется сокращением рождаемости. На рисунке 7 продемонстрирована динамика коэффициента рождаемости (число родившихся живыми на 1000 населения в год) в России и странах ЕС. В нашей стране в период с 1987 по 1999 г. коэффициент рождаемости уменьшился более чем в 2 раза (с 17,2 до 8,3), однако в 2007–2008 гг. он заметно вырос и достиг соответственно 11,3 и 12,1 (в 2006 г. — 10,4, 2005 г. — 10,2), превысив данный показатель в странах ЕС. Во многом эта положительная динамика связана с демографической политикой и мероприятиями, реализованными в национальном проекте «Здоровье» в 2006–2008 гг.,

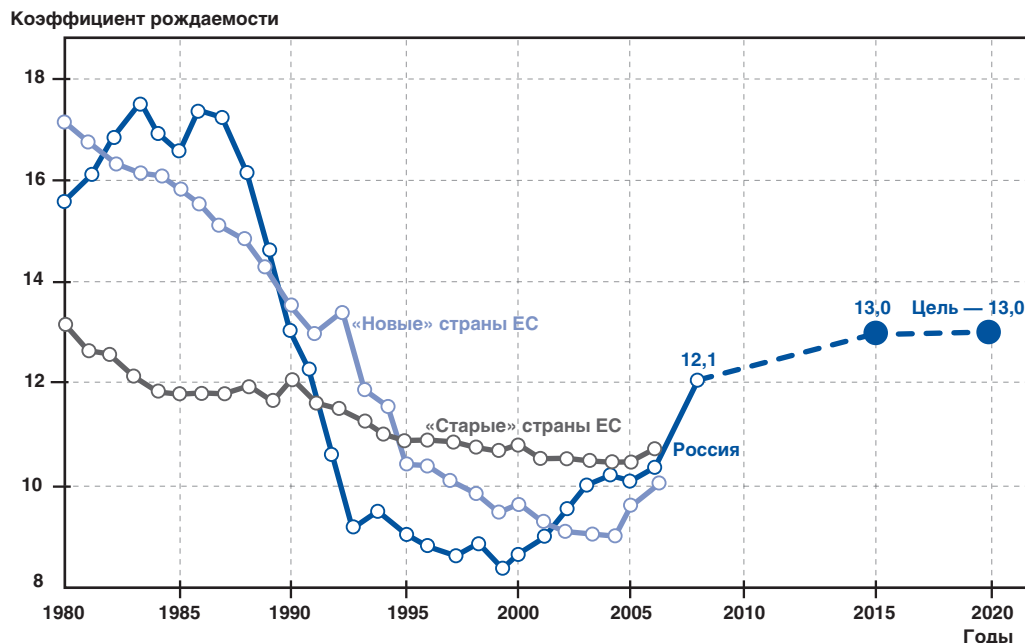


Рис. 7. Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)

а не только с увеличением числа женщин детородного возраста. Подробнее об этом смотри в разделе 5.20.2. (Вишневский А.Г., 2008).

Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь репродуктивный период с 15 до 49 лет) в 2006 г. составил 1,3. Чтобы обеспечить воспроизводство населения, суммарный коэффициент рождаемости должен равняться 2,14. В «старых» странах ЕС он составляет в среднем 1,56, в «новых» — 1,3. Во Франции за счет эффективной демографической политики он повысился до 1,92, а в США равен 2,1.

Старение населения России. Динамика изменения возрастной структуры населения России характеризуется уменьшением числа лиц молодого возраста и ростом возрастной группы 60 лет и старше. Причины этого кроются в низком за последние 15 лет коэффициенте рождаемости и более высоких его показателях в 70–80-е годы прошлого столетия. 20 лет назад дети в возрасте до 15 лет составляли около 25% населения России, а на долю лиц 60 лет и старше приходилось 14%. Сейчас доля детей до 15 лет снизилась до 16%, а доля лиц 60 лет и старше возросла до 21%.

1.1.7. Естественное движение населения России¹

На рисунке 8 показана динамика естественного движения населения России. Видно, что в 1991 г. число умерших превысило число родившихся; в период до 2005 г. это превышение в среднем составляло 690–940 тыс. человек, или 0,48–0,66% от всего населения страны, и только в 2007 и 2008 гг. эта величина снизилась до соответственно 470 и 363 тыс., или до 0,3 и 0,26%. Следует отметить, что в период 2000–2006 гг. миграционный прирост позволял компенсировать не более 10–20% естественной убыли населения страны (рис. 9). Ситуация улучшилась только в 2007 и 2008 гг., когда за счет ежегодного миграционного прироста на 240 тыс. человек замедлилось сокращение численности населения страны.

¹ Обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем.

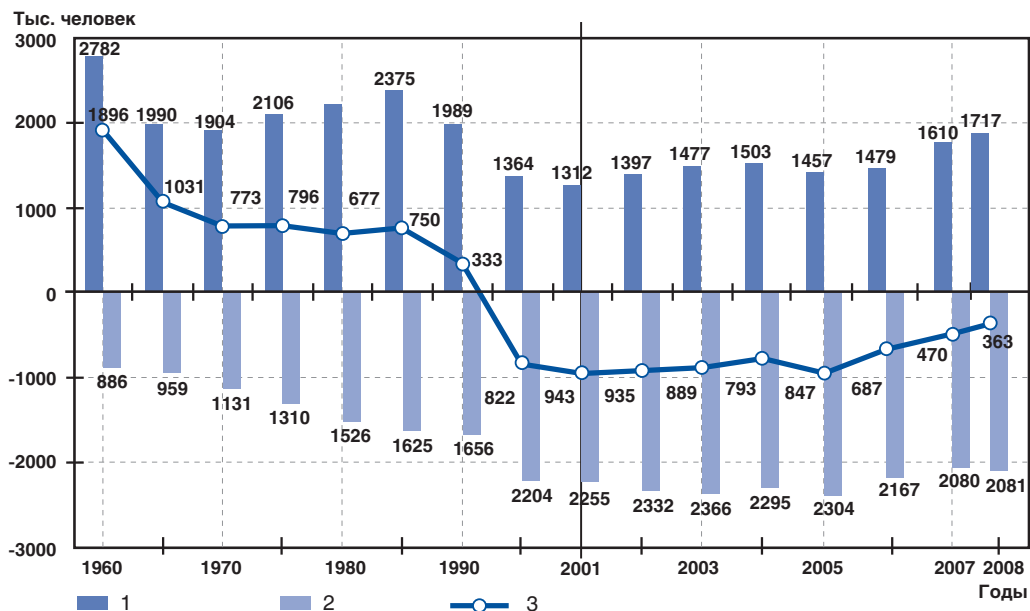


Рис. 8. Показатели естественного движения населения России:
1 — родившиеся; 2 — умершие; 3 — естественный прирост

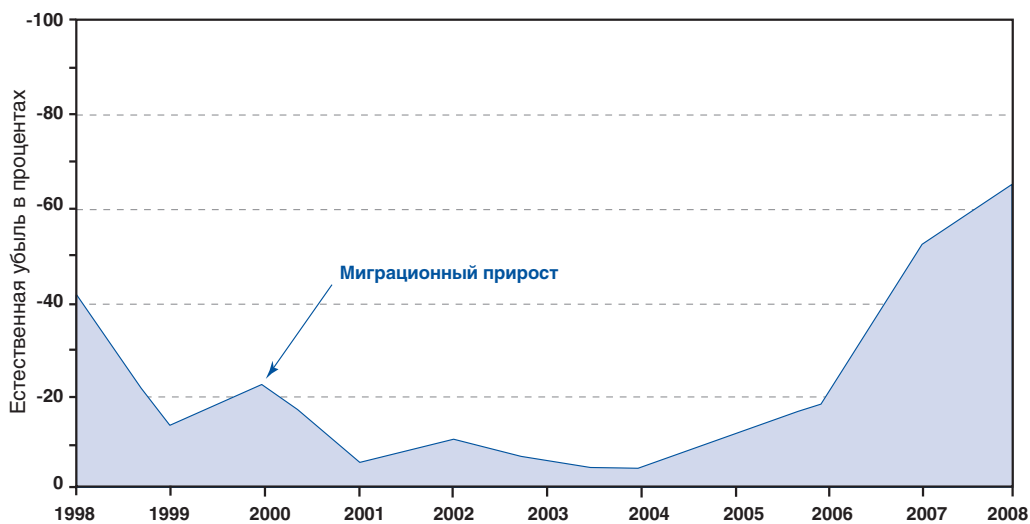


Рис. 9. Замещение естественной убыли населения России миграционным приростом, %

В 1991–2005 гг. демографические показатели в стране постоянно ухудшались: росла смертность по всем классам причин, снижалась ожидаемая продолжительность жизни, в то время как в странах ЕС эти показатели улучшались. Рождаемость в период с 1991 по 2000 г. неуклонно падала, а с 2000 г. начался ее рост. Но, поскольку коэффициент рождаемости в России в 1,3 раза меньше, чем общий коэффициент смертности, при относительно невысоком уровне миграции идет существенное сокращение численности населения страны. Все это происходит на фоне неуклонного увеличения доли пожилого населения и сокращения доли детей.

Анализ причин смертности по возрастным группам и классам причин показал, что рост смертности населения произошел преимущественно за счет роста смертности трудоспособного населения и от предотвратимых причин — болезней системы кровообращения и внешних причин смерти. Более половины этих смертей связано с излишним употреблением алкоголя и одна пятая — с широким распространением табакокурения.

Только в 2006–2007 гг. благодаря ПНП «Здоровье» (см. раздел 5.20.2) намечилось определенное улучшение. Это демонстрирует важность проводимых мероприятий в здравоохранении и доказывает необходимость их существенного расширения.

1.2. Показатели здоровья населения

1.2.1. Заболеваемость населения

В последние 16 лет общая заболеваемость населения РФ постоянно растет, что объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой — ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний. Например, дополнительные диспансерные осмотры работающего населения, проведенные в 2006 и 2007 гг. в рамках ПНП «Здоровье», позволили выявить недиагностированные ранее заболевания. По данным Федерального фонда ОМС (ФОМС № 1; 2009 г.), из 13 млн всех обследованных к 1-й группе

здоровья, т.е. практически здоровых, относятся около 20% обследованных граждан трудоспособного возраста. За 2006–2007 гг. всего было выявлено 4 млн случаев новых заболеваний, из них 70% на ранних стадиях¹.

Всего в 1990 г. было зарегистрировано (выявлено) 158,3 млн случаев заболеваний, в 2007 г. — 219,5 млн, т.е. рост составил 38,7% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 44%; рис. 10). Наблюдаемый рост заболеваемости коррелирует с ростом смертности населения за этот период. Следует отметить, что реальная

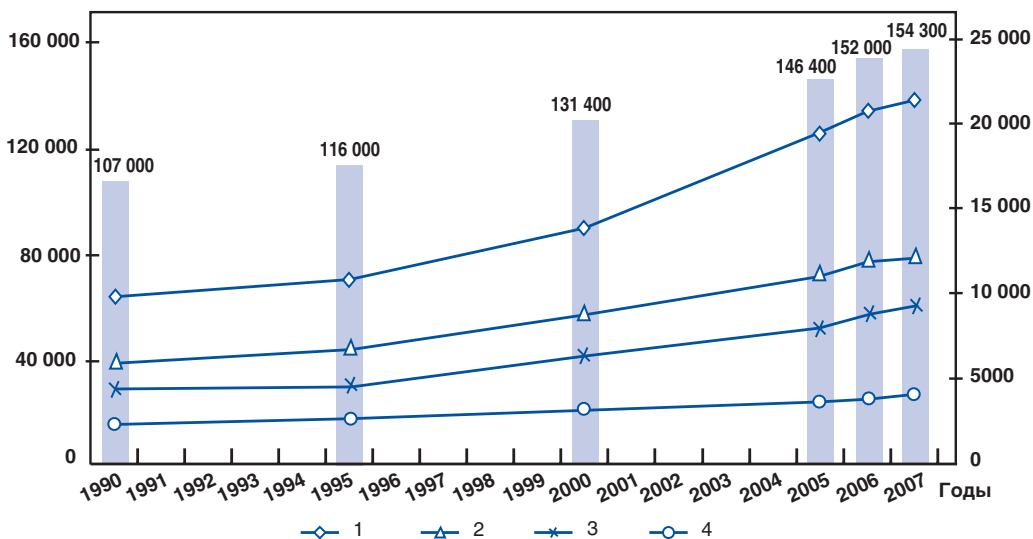


Рис. 10. Общая заболеваемость в РФ на 100 тыс. населения в 2007 г. (всего населения и по классам болезней):

столбцы — все заболевшие (левая ось ординат); кривые — заболеваемость по классам болезней (правая ось ординат); 1 — болезни системы кровообращения; 2 — болезни костно-мышечной системы; 3 — осложнения беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. женщин в возрасте 15–49 лет; 4 — новообразования

¹ Доклад министра здравоохранения и социального развития «О предварительных итогах ПНП «Здоровье» в 2006–2007 гг. и параметрах проекта и демографической политики в 2008 г., а также направлениях на долгосрочную перспективу» (2007).

заболеваемость, требующая врачебного вмешательства, может быть еще выше, чем регистрируемая. Связано это с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной помощи, просто не обращается в медицинские учреждения (см. раздел 3.4).

На рисунке 10 представлена динамика общей заболеваемости по годам и по отдельным классам болезней на 100 тыс. населения. Существенно, что с 1990 по 2006 г. возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти, например количество заболеваний системы кровообращения увеличилось в 2 раза, онкологических — на 60%. Частота приводящей к инвалидности патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также осложнений беременности, родов и послеродового периода возросла в 2 раза. На рисунке 11 представлена структура общей заболеваемости в 2007 г. по основным классам болезней. Среди причин заболеваемости преобладала патология органов дыхания (23,6%) и системы кровообращения (14%).

С 1990 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, и эта отрицательная динамика сохраняется (рис. 12). В 2000–2007 гг. больными оказались 40% всех родившихся детей.

Следует отметить, что с 1990 по 2007 г. возросла первичная заболеваемость туберкулезом и некоторыми заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем. Так, первичная заболеваемость туберкулезом выросла в 2,2 раза, причем почти треть больных с легочной формой туберкулеза имели запущенную форму заболевания. Хотя первичная заболеваемость сифилисом и снижается с 1995 г., она по-прежнему остается в 12 раз выше, чем в 1990 г., и почти в 3 раза выше, чем в 1980 г. Рост распространенности этих заболеваний свидетельствует как о социально-экономическом неблагополучии в обществе, так и о низкой эффективности профилактических программ.

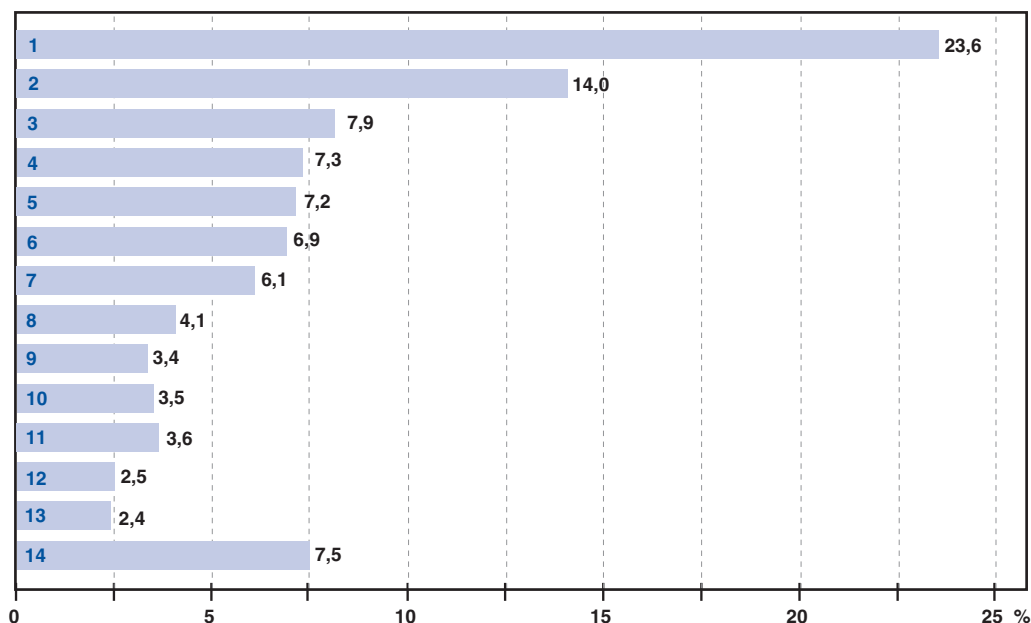


Рис. 11. Структура общей заболеваемости населения России по основным классам болезней в 2007 г.:

1 — болезни органов дыхания; 2 — болезни системы кровообращения; 3 — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; 4 — болезни органов пищеварения; 5 — болезни глаза и его придаточного аппарата; 6 — болезни мочеполовой системы; 7 — травмы, отравления и другие внешние воздействия; 8 — болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки; 9 — инфекционные и паразитарные болезни; 10 — болезни нервной системы; 11 — болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ; 12 — болезни уха и сосцевидного отростка; 13 — новообразования; 14 — все остальные

1.2.2. Инвалидность населения

Инвалидность в нашей стране с 1990 по 2006 г. не уменьшается (рис. 13), в том числе не уменьшается доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, которая составляет не менее 40%. Всего на 1 января 2008 г. зарегистрированы 13,104 млн инвалидов, или 9,2% населения. В последние годы в структуре первичной инвалидности преобладают заболевания системы кровообращения (48%), а также злокачественные новообразования (15,5%).

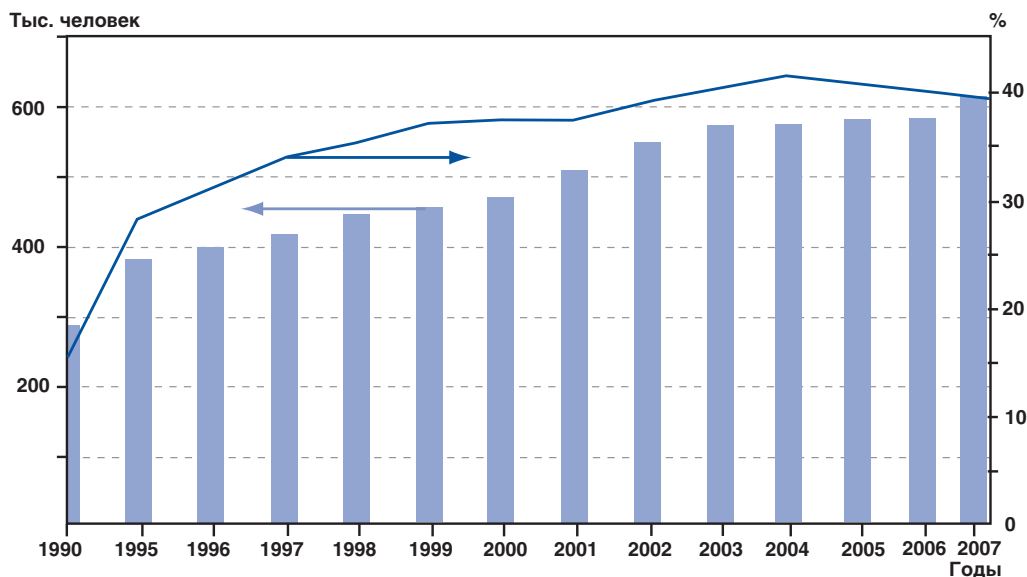


Рис. 12. Число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, с массой тела более 1000 г:

столбцы (левая ось ординат) — абсолютное число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности (тыс.); кривая (правая ось ординат) — их доля от всех родившихся (%); на оси ординат указывают стрелки

1.2.3. Производственный травматизм и профессиональные заболевания

Хотя общий производственный травматизм в РФ начиная с 1990 г. постоянно снижается и составил в 2007 г. 2,7 случая на 1000 работающих¹ (всего 66 тыс. случаев), число пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом остается высоким и составляет 0,129 на 1000 работающих (или 2,1 на 100 тыс. населения, по данным ВОЗ, 2008)². При этом российский показатель

¹ Расчет показателя сделан по наиболее травмоопасным отраслям экономики (обрабатывающие отрасли, добыча полезных ископаемых, транспорт, строительство).

² ВОЗ регистрирует травматизм в расчете на 100 тыс. населения. Сопоставления общего производственного травматизма между странами затруднены вследствие различий в системе учета; более объективным показателем является сравнение числа пострадавших на производстве от несчастных случаев со смертельным исходом.

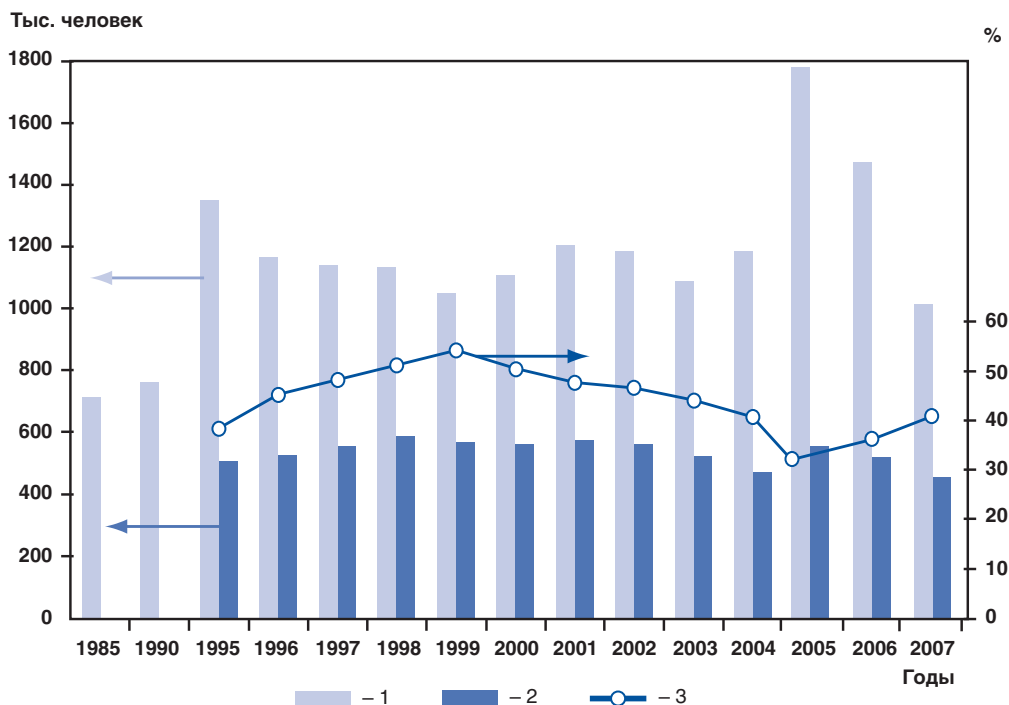


Рис. 13. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, в возрасте 18 лет и старше:

1 — всего впервые признанных инвалидами (тыс.); 2 — абсолютное число инвалидов трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (тыс., данные, начиная с 1995 г.); 3 — доля инвалидов трудоспособного возраста от общей численности впервые признанных инвалидами (%)

травматизма на производстве со смертельным исходом в 1,8 раза превышает аналогичный показатель в «старых» странах ЕС и в 1,3 раза — в «новых» странах.

Численность больных с профессиональными заболеваниями (установленными впервые) резко выросла в 1990–1995 гг.; затем наблюдалось ее снижение. Сегодня уровень профессиональной заболеваемости соответствует 1980 г. и составляет 1,54 случая на 10 000 работающих (или 5,3 на 100 тыс. населения). Этот показатель ниже, чем в большинстве стран ЕС, но это не является признаком бла-

гополучия с профессиональной заболеваемостью в нашей стране, так как большинство случаев этой патологии не выявляется и/или не связывается с профессиональными вредностями (Измеров Н.Ф., 2002). Неблагополучие в сфере производственного травматизма и профессиональных заболеваний отмечено также в докладе, подготовленном Минздравсоцразвития России «О реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 г.» (см. раздел 2.5).

1.3. Последствия проблем в демографии и состоянии здоровья населения

Если не будут предприняты дальнейшие меры по снижению смертности населения и увеличению рождаемости, то по пессимистичным сценариям Росстата (см. раздел 4.1, табл. 8,) численность населения страны сократится к 2020 г. на 5,3 млн человек и составит на начало 2021 г. 136,7 млн человек, а к началу 2031 г. число россиян сократится на 12% и составит 127,4 млн человек.

Такая депопуляция на огромных территориях России представляет **угрозу национальной безопасности** и может привести к нестабильности и резкому ухудшению управления страной. Экономический рост замедлится, так как он существенно зависит от роста числа здоровых и обученных лиц трудоспособного возраста и от числа здоровых лиц старше трудоспособного возраста, способных к активному труду. Угроза резкого сокращения числа мужчин призывного возраста будет усугубляться ростом среди них числа лиц, непригодных к военной службе в связи с плохим здоровьем, алкогольной и наркотической зависимостью.

Такое большое различие в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами ведет к **дестабилизации семей** (нарушению устойчивости браков) и исключительно высокой доле вдов в России. Сегодня в РФ доля вдов среди женщин в возрасте 20 лет и старше составляет 20% (Социальный атлас российских регионов,

2009). Изменение соотношения численности мужчин и женщин также усугубит проблему низкой рождаемости в будущем.

Разница в показателях здоровья населения между жителями различных субъектов РФ, жителями города и села будет обострять существующие различия и приведет к **обострению социально-экономических проблем**.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ «Демография и показатели здоровья населения РФ»

- ▶ Анализ демографии и состояния здоровья населения позволил выявить серьезные проблемы — большинство показателей хуже, чем в «новых» и «старых» странах ЕС, и хуже, чем были в Советском Союзе в 1985–1990 гг.
- ▶ Низкие показатели рождаемости и высокие показатели младенческой смертности в РФ свидетельствуют о том, что одним из приоритетов в политике здравоохранения должна стать охрана здоровья детей и женщин детородного возраста.
- ▶ Анализ возрастной структуры и причин смертности, заболеваемости и инвалидности взрослого населения РФ показал, что приоритетом государственной политики в области здравоохранения должно стать улучшение здоровья населения трудоспособного возраста, причем акцент должен быть сделан на борьбу с заболеваниями системы кровообращения и внешними причинами смертности (в частности, от ДТП и самоубийств) и онкологическими заболеваниями.
- ▶ Неуклонный рост доли пожилого населения диктует необходимость развития медико-социальной службы или услуг по длительному уходу за пожилыми пациентами и инвалидами, не способными к самообслуживанию.
- ▶ Рост заболеваемости и высокие показатели инвалидности населения показывают, что наряду с усилением профилактики и раннего выявления заболеваний необходимо увеличить доступность медицинской помощи, особенно в амбулаторных условиях. Активное выявление

новых случаев заболеваний только тогда приведет к снижению инвалидности и смертности, когда государственная система здравоохранения будет обладать достаточными ресурсами для своевременного лечения и реабилитации больных (высокоэффективная лекарственная терапия в амбулаторных условиях, возможности для восстановительного лечения и реабилитации, высокотехнологичные методы лечения, соответствующие международным стандартам).

- ▶ Существенное неравенство в показателях здоровья между жителями различных субъектов РФ, сельским и городским населением требует от системы здравоохранения мер, направленных на выравнивание финансовых и материально-технических условий оказания медицинской помощи.

*Если, управляя царством, не заботиться
о служилых, то страна будет потеряна.*

Мо-цзы¹

РАЗДЕЛ 2

Факторы, влияющие на здоровье населения

2.1. Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения

Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения, приведены на рис. 14. Среди них: образ жизни, экологическая и социально-экономическая обстановка, биологические факторы (наследственность), а также политика в области охраны здоровья населения.

Определить долю влияния каждого из этих факторов сложно, так как все они взаимосвязаны и во многом модифицируются политикой в области охраны здоровья населения, которая реализуется прежде всего через систему здравоохранения. Охрана здоровья населения согласно определению, данному в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в

¹ Мо-цзы (прибл. 475—395 гг. до н.э.) — древнекитайский философ.



Рис. 14. Факторы, оказывающие влияние на здоровье населения

случае утраты здоровья. Для реализации программ в области охраны здоровья создаются органы управления здравоохранением (министерства). Согласно вышеуказанному определению и в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2008), целью министерств здравоохранения является улучшение здоровья населения, а их деятельность охватывает не только оказание медицинской помощи заболевшим, но и включает реализацию программ общественного здоровья¹ по профилактике

¹ В развитых странах в названии службы общественного здоровья («public health») термин «общественное» означает, что ее деятельность направлена на общество в целом, а не на отдельных его членов. В РФ эта деятельность реализуется санитарно-эпидемиологической службой Роспотребнадзора и федеральными и региональными органами управления здравоохранением.

заболеваний, а также координацию межведомственных программ по повышению приверженности населения к здоровому образу жизни. Такая широкая трактовка ответственности министерств здравоохранения определяет и более высокую степень влияния их деятельности на здоровье населения. Например, если учитывать комплексное воздействие на здоровье населения санитарно-эпидемиологических мероприятий, медико-санитарного просвещения населения, профилактических иммунизаций и лечение тяжелых заболеваний антибиотиками, то влияние системы здравоохранения окажется не 10–15%, как утверждают некоторые эксперты, а 70–80%. О влиянии в 10–15% можно говорить, имея в виду только медицинскую помощь заболевшим и в достаточно хорошо финансируемых системах здравоохранения.

Если обсуждать воздействие на здоровье граждан только медицинской помощи, то следует иметь в виду, что в странах с развитой рыночной экономикой (в которых здравоохранение хорошо финансируется и населению обеспечивается практически полный набор всех возможных медицинских услуг) дополнительное увеличение финансирования системы может привести к относительно небольшому эффекту по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении. Например, в РФ увеличение финансирования и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения в большей степени повлияют на улучшение здоровья, чем это произойдет в «старых» странах ЕС (см. раздел 5.1).

Определенно можно только сказать, что воздействие образа жизни на здоровье в 2–2,5 раза выше, чем других факторов. Так, более 80% случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета II типа, а также около 40% случаев заболеваний злокачественными новообразованиями можно предотвратить путем модификации образа жизни населения и снижения влияния факторов риска (см. раздел 2.2).

Далее проанализировано влияние на здоровье населения РФ в 1985–2007 гг. образа жизни, межведомственных программ в области охраны

здоровья, экологических и социально-экономических факторов. Биологические факторы не рассматриваются, так как за 22 года они существенно измениться не могли (оценка ресурсов и эффективности деятельности системы здравоохранения анализируется в разделе 3).

2.2. Образ жизни

Анализ эпидемиологических данных позволяет выявить влияние различных причин на показатели смертности и заболеваемости населения, а также определить признаки — факторы риска. Наличие фактора риска свидетельствует о повышенной вероятности развития того или иного неблагоприятного события, а его величина — об уровне этой вероятности. Наличие того или иного фактора риска у конкретного человека может и не привести к развитию у него данного заболевания (или смерти), но по величине фактора риска можно определить влияние, которое он оказывает на состояние здоровья населения страны в целом.

В таблице 2 приведены данные ВОЗ о частоте 10 главных факторов риска в структуре показателей общей смертности (2 млн 406 тыс. умерших) и количестве лет жизни с утратой трудоспособности¹ (39,410 млн лет) в России в 2002 г. Четыре фактора риска (высокие артериальное давление и уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя) суммарно составляют 87,5% в общей смертности в стране и 58,5% — в количестве лет жизни с утратой трудоспособности. При этом на 1-м месте по влиянию на количество лет жизни с

¹ Количество лет жизни с утратой трудоспособности — обобщающий показатель здоровья населения, учитывающий смертность, заболеваемость и степень утраты трудоспособности. Он рассчитывается для страны как сумма лет жизни с утратой трудоспособности, обусловленной: 1) преждевременной смертностью от всех причин во всех возрастных группах; 2) инвалидностью и временной потерей трудоспособности. Эти годы рассчитываются по частоте возникновения и длительности различных видов нетрудоспособности, умноженной на коэффициент (удельную тяжесть), который учитывает степень потери трудоспособности по сравнению с потерей жизни.

Таблица 2

**Доля 10 главных факторов риска в общей смертности
и количестве лет жизни с утратой трудоспособности в России в 2002 г.¹**

Место	Фактор риска	Всего смертей, %	Место	Фактор риска	Количество лет жизни с утратой трудоспособности, %
1	Высокое артериальное давление	35,5	1	Алкоголь	16,5
2	Высокое содержание холестерина	23,0	2	Высокое артериальное давление	16,3
3	Курение	17,1	3	Курение	13,4
4	Редкое употребление фруктов и овощей	12,9	4	Высокое содержание холестерина	12,3
5	Высокий индекс массы тела	12,5	5	Высокий индекс массы тела	8,5
6	Алкоголь	11,9	6	Редкое употребление фруктов и овощей	7,0
7	Малоподвижный образ жизни	9,0	7	Малоподвижный образ жизни	7,0
8	Загрязнение воздуха в городах	1,2	8	Наркотики	2,2
9	Препараты свинца	1,2	9	Препараты свинца	1,1
10	Наркотики	0,9	10	Небезопасный секс	1,0

утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем (16,5%). Согласно экспертным оценкам, за последние 6 лет относительные показатели изменились мало.

¹ Сумма всех факторов риска может превысить 100% в связи с двойным учетом отдельных факторов риска (оценить вклад каждого из факторов сложно из-за их взаимозависимости).

Злоупотребление алкоголем — важнейшая проблема общественного здоровья в России. По данным Роспотребнадзора, с 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59% в 1990 г. до 76% — в 2006 г.). Ежедневно в РФ пьют алкогольные напитки (включая пиво) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

По данным РМЭЗ, в 2002 г. потребление алкоголя в стране составило у мужчин, женщин и подростков соответственно 14,5; 2,4 и 1,1 л в год в пересчете на чистый спирт, или в среднем около 11–13 л в год на душу взрослого населения (по данным Роспотребнадзора — 18 л). В большинстве стран ОЭСР¹ и в США уровень употребления алкоголя меньше (рис. 15), хотя он также высокий, но это не сопровождается аномально высокой смертностью. Причины в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают разное влияние на здоровье, при этом важным фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных цифрах в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля сократилась до 15% из-за резкого увеличения потребления пива. В большинстве стран ЕС главными алкогольными напитками являются вино и пиво. Именно это различие наряду с массовым распространением курения считается главной причиной высокой смертности мужчин трудоспособного возраста в России (см. раздел 1.1.4).

Табакокурение. В России потребление табака с 1985 по 2006 г. увеличилось на 87%, в основном за счет женщин и подростков. В РФ сегодня курят более 40 млн человек: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Доля курящих среди взрослого населения

¹ ОЭСР — организация экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе ряд стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию и Мексику.

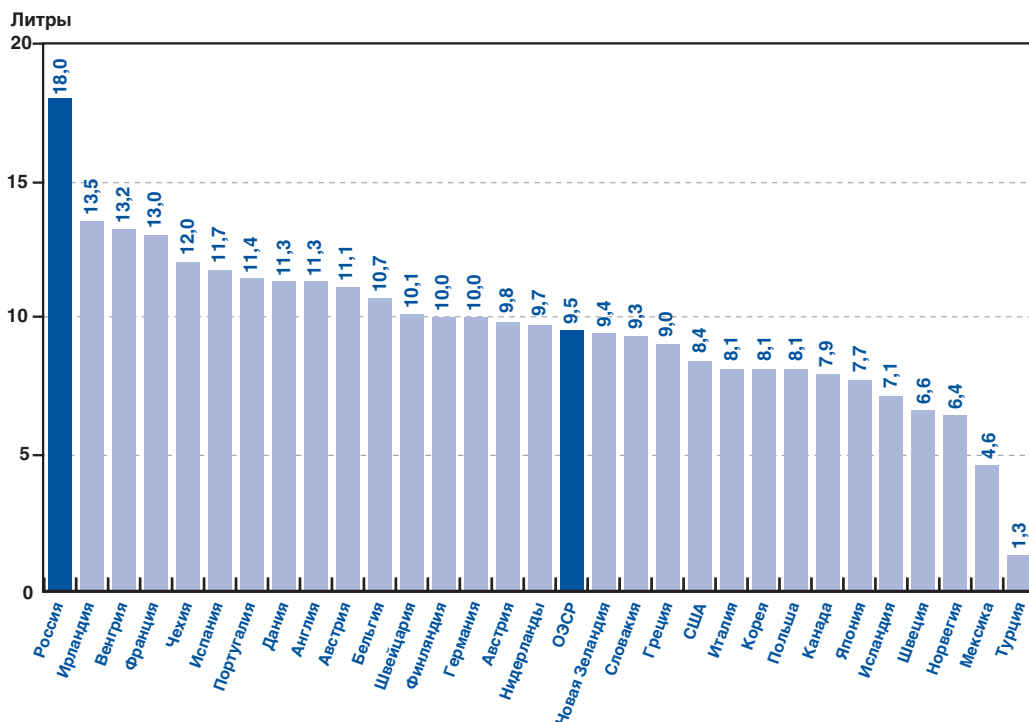


Рис. 15. Потребление алкоголя в разных странах лицами старше 15 лет на душу населения (в пересчете на чистый спирт)

в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза (рис. 16). Ежегодно количество курящих в России увеличивается на 1,5–2%, включая женщин и подростков, в том числе девочек. Темп роста курящих в России — один из самых высоких в мире, при этом в последние 3 года количество выкуриваемых сигарет в стране увеличивается на 2–5% в год (газета «Ведомости», № 201, 2006). Правда, по данным КОМКОН (2008)¹, за последние 3 года число курящей молодежи в возрасте 16–17 лет несколько уменьшилось с 20% в 2004 г. до 13% в 2008 г.

¹ «КОМКОН» — исследовательская компания (<http://re-port.ru/research/56582>).

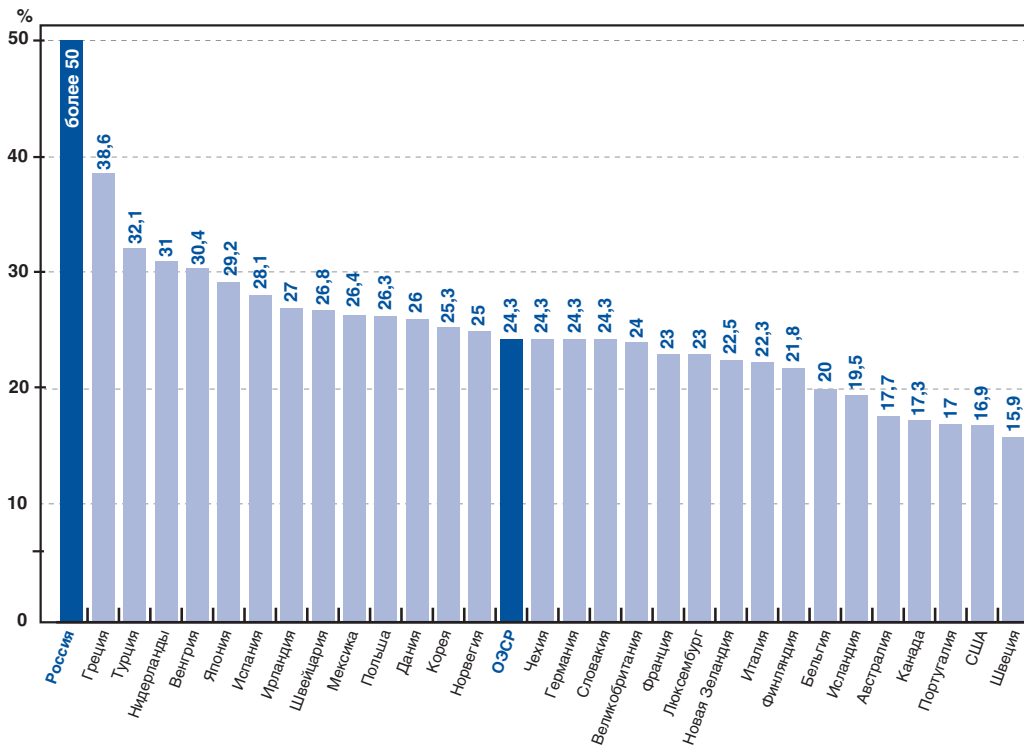


Рис. 16. Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в разных странах

Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим болезням.

По оценкам Центра профилактической медицины Минздравсоцразвития России, 220 тыс. человек в год в стране умирают от болезней, связанных с табакокурением, при этом 40% смертности мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением. Отмечается, что более высокая смертность курящих мужчин приводит к снижению в 1,5 раза их доли среди мужчин в возрасте старше 55 лет (Bobak M. et al., 2006).

Курение является предотвратимой причиной заболеваний и смертей в России. Очень важно, что Россия в 2008 г. наконец рати-

фицировала Рамочную конвенцию по борьбе с курением, которую сегодня из 192 стран-членов ООН уже подписали 172. Однако многие эксперты отмечают, что принятые нашей страной в 2009 г. антитабачные законодательные меры не соответствуют международным нормам.

Во многих странах мира (США, странах ЕС и др.) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила в 1,5–2 раза снизить распространенность курения и связанную с ним смертность (ВОЗ, 2005).

Употребление наркотиков. С 1995 г. число лиц, зарегистрированных в медицинских и профилактических организациях с диагнозом наркотической зависимости, увеличилось в 5 раз и составило в 2007 г. 353 тыс. человек. С учетом числа зарегистрированных в учетных списках различных общественных организаций (340 тыс. человек) общее число употребляющих наркотики может составлять более 600 тыс. человек. Ежегодно регистрируют около 30 тыс. впервые выявленных случаев заболевания наркоманией и токсикоманией, из них более 850 случаев — среди подростков. Однако экспертные оценки показывают, что реальное число лиц с наркотической зависимостью в России превышает официальные данные в 5–8 раз. Среди употребляющих наркотики внутривенно риск смерти в 20 раз выше, чем в популяции; именно с такой наркотической зависимостью связан рост подростковой смертности в России.

Высокое артериальное давление (артериальная гипертензия) — основная причина смертности и 2-я по важности причина заболеваемости (по количеству лет жизни с утратой трудоспособности) в России. У пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией в 3–4 раза выше риск развития инсульта и инфаркта миокарда, чем при нормальном артериальном давлении. В России около 34–46% мужчин и 32–46% женщин (в зависимости от региона) страдают от артериальной гипертензии, однако эти данные не дают достоверной картины, поскольку реальная распространенность может быть выше.

Ситуацию усугубляют данные, что из этой когорты населения около 60% мужчин и 40% женщин не знают о том, что у них повышенное артериальное давление (Оганов Р.Г. и др., 2009). Это происходит в том случае, если гражданин чувствует себя хорошо и/или занимается самолечением без контроля со стороны врача.

Высокий уровень холестерина. Приблизительно у 60% взрослых россиян уровень холестерина превышает рекомендуемый, при этом примерно у 20% он настолько высок, что требует медицинского вмешательства (Оганов Р.Г. и др., 2009). Снижение уровня холестерина в крови в популяции всего на 1% ведет к снижению риска развития ИБС в популяции на 2,5%.

Неправильное питание и малоподвижный образ жизни. В принятых Генеральной Ассамблеей ВОЗ документах указано, что около 1/3 всех болезней системы кровообращения обусловлено неправильным питанием. Показано, что при уменьшении употребления в пищу овощей и фруктов на 28% может увеличиваться смертность от болезней системы кровообращения. Несмотря на то, что в РФ с 1995 по 2007 г. потребление овощей и фруктов на душу населения возросло на 27%, оно по-прежнему существенно ниже, чем, например, в Италии и во Франции (имеющих низкие показатели смертности от болезней системы кровообращения).

Улучшение питания может также способствовать снижению смертности от онкологических заболеваний на 30–40%. В питании населения страны существует нехватка некоторых микроэлементов и незаменимых кислот (йод, железо и др.), которые могут быть легко компенсированы обогащением этими элементами пищевых продуктов. К сожалению, таких программ в стране нет.

Малоподвижный образ жизни усугубляет данную проблему. Известно, что умеренные, но регулярные физические упражнения улучшают физическое и психическое состояние, снижают вероятность развития болезней системы кровообращения, рака толстой кишки, сахарного диабета и высокого артериального давления. Исследова-

ния¹, проведенные в 2002 г., свидетельствуют о низком уровне физической активности у 73–81% мужчин и 73–86% женщин в России.

Ожирение и избыточная масса тела. Взрослые с избыточной массой тела или ожирением подвержены повышенному риску преждевременной смерти и утраты трудоспособности. Продолжительность жизни у лиц с выраженным ожирением сокращается на 5–20 лет. Всего с диагнозом «ожирение» в России зарегистрированы 1,06 млн человек, или 0,7% населения, но реальные показатели распространенности ожирения и избыточной массы тела — выше. Так, по данным НИИ питания РАМН (2009)² количество жителей в возрасте 25–64 лет с избыточной массой тела составляет в зависимости от региона от 47 до 54% среди мужчин и от 42 до 60% среди женщин; а у 15–20% из них — ожирение.

Сахарный диабет. Осложнения диабета включают слепоту, почечную недостаточность, сердечно-сосудистые и неврологические расстройства. Распространенность сахарного диабета в России соответствует среднемировой и составляет 2,5%, это заболевание часто обнаруживают только при обследовании в связи с сопутствующими заболеваниями. ВОЗ считает, что Россия входит в число 10 стран с наибольшим количеством больных сахарным диабетом.

2.3. Государственные межведомственные программы по охране здоровья

До середины XX века роль служб «общественного здоровья», или охраны здоровья, в основном сводилась к контролю эпидемической обстановки и борьбе с инфекционными заболеваниями. Сегодня, когда в большинстве развитых стран доля **неинфекционных** заболеваний составляет в заболеваемости и смертности населения более

¹ Россия: рано умирать: доклад Всемирного банка. — декабрь, 2005.

² <http://futuriti.ru/question/1143.html>

80%, акцент в работе этих служб также сделан на снижение влияния основных факторов риска, приводящих к этим заболеваниям.

В нашей стране со времен антиалкогольной кампании (1984—1987 гг.) никаких существенных действий в этом направлении не предпринималось. Сама антиалкогольная кампания (несмотря на ее некоторые организационные недостатки) оказалась эффективной. По данным А.В. Немцова (2008), реальное потребление алкоголя сократилось почти на 27%, что за 3 года привело к увеличению продолжительности жизни мужчин на 3,2 года и женщин — на 1,3 года. Кроме того, существенно (на 56%) снизилась смертность от отравлений алкоголем. Смертность мужчин от несчастных случаев и насилия сократилась на 36%, от пневмонии — на 40%, от инфекционных заболеваний — на 20%, от болезней системы кровообращения — на 9%; число алкогольных психозов уменьшилось в 3,6 раза.

Ряд отдельных профилактических мероприятий в последние 6 лет реализован общественно-политической организацией «Лига здоровья нации», но они носили ограниченный характер и были направлены преимущественно на раннее выявление и лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому очень важно, что в ноябре 2008 г. Президент РФ Д.А. Медведев объявил о необходимости начала антиалкогольной кампании, и что в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.» наконец было признано необходимым усиление мер по охране здоровья населения, а в бюджете Минздравсоцразвития России на 2009—2012 гг. были заложены 3,8 млрд руб. на формирование у граждан РФ здорового образа жизни («Основные мероприятия» приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009—2012 годы, 2009).

2.4. Благополучие государства

Смена экономического строя и соответствующее резкое ухудшение социально-экономических условий в стране оказали отрицательное влияние на здоровье населения. В период с 1990 по 1995 г.

ВВП страны и доходы населения резко упали и большинство граждан РФ с трудом приспосабливались к новым рыночным условиям жизни. С 1995 г. экономическая ситуация в нашей стране начала постепенно улучшаться, а с 1999 г. наблюдался устойчивый рост экономики. При этом расходы на здравоохранение в сопоставимых ценах падали с 1990 г. вплоть до 1999 г. и достигли уровня 1990 г. только в 2006 г. (Всемирный банк, 2008).

На рисунке 17 представлена динамика прироста ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах. За 100% принят 1995 г. С 1998 по 2007 г. среднегодовой прирост ВВП составил 7% (в сопоставимых ценах по отношению к предыдущему году). А ежегодный темп роста расходов на здравоохранение с 1998 по 2005 г.

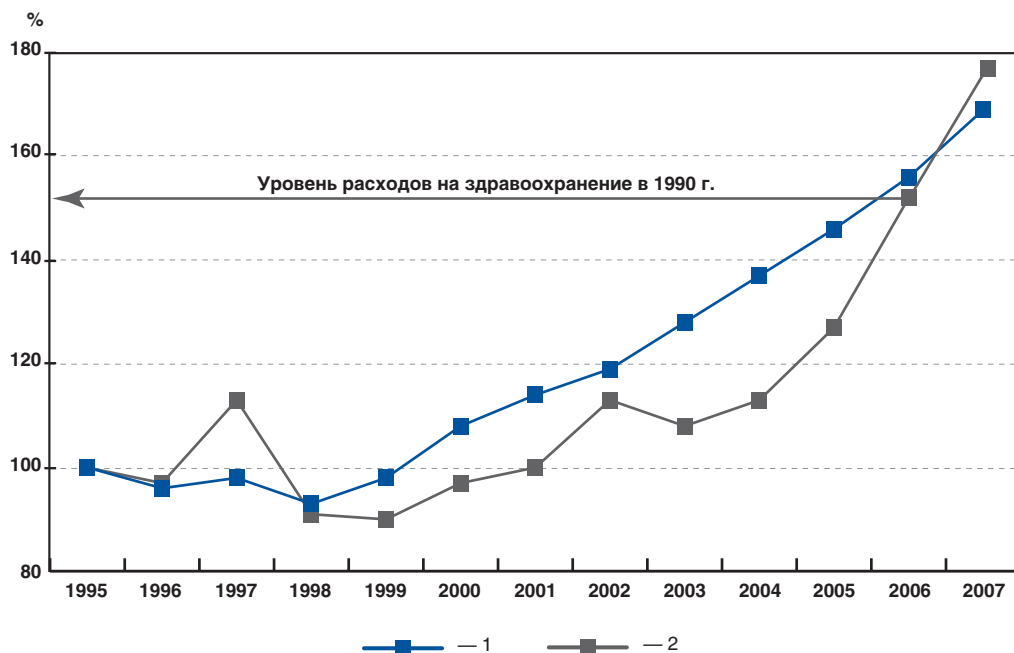


Рис. 17. Динамика прироста ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1995 г. — 100%):

1 — прирост ВВП; 2 — прирост расходов на здравоохранение

в среднем отставал от темпов роста ВВП почти в 2 раза. В этот период определенное улучшение экономических условий в стране не трансформировалось в заметный рост государственного финансирования здравоохранения. И только с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения (ДЛО) в 2005 г. и приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 г. темп роста расходов на здравоохранение начал существенно опережать темп роста ВВП.

При обсуждении вопроса о благополучии государства следует отметить, что в РФ сложилась крайне высокая степень неравенства в распределении национального дохода между различными группами населения. На это обращают внимание и международные эксперты. Так, по словам нобелевского лауреата в области экономики Джозефа Стиглица, **«по уровню неравенства Россия сравнима с самыми худшими в мире латиноамериканскими обществами, унаследовавшими полупфеодальную систему»**. Существующая плоская шкала налогообложения, а также уход от уплаты налогов государству наиболее обеспеченных категорий населения не позволяют сформировать достаточные объемы средств в бюджете РФ, в том числе и солидарных средств на систему здравоохранения.

На рисунке 18 представлено распределение доходов между различными группами населения РФ, проведенное Р.И. Нигматулиным и Б.И. Нигматулиным (2009). Денежные доходы населения РФ в сумме составляют 21 трлн руб. в год. Для анализа население страны было разбито на 10 одинаковых по численности групп (или на 10% децильные группы) в порядке возрастания их денежных доходов. На десятую (самую богатую) децильную группу официально (т.е. задекларированными) приходится 30,6% доходов, а на самую бедную — 1,9%. Соотношение между доходами самой богатой и самой бедной группы (децильный коэффициент — ДК) в РФ составляет 16. В скандинавских странах ДК равен 3–4, в Евросоюзе — 5–6, в Южной Африке — 10, в Латинской Америке — 12. Граждане самых первых двух групп составляют 20% населения РФ, и все они живут ниже или около прожиточного минимума.

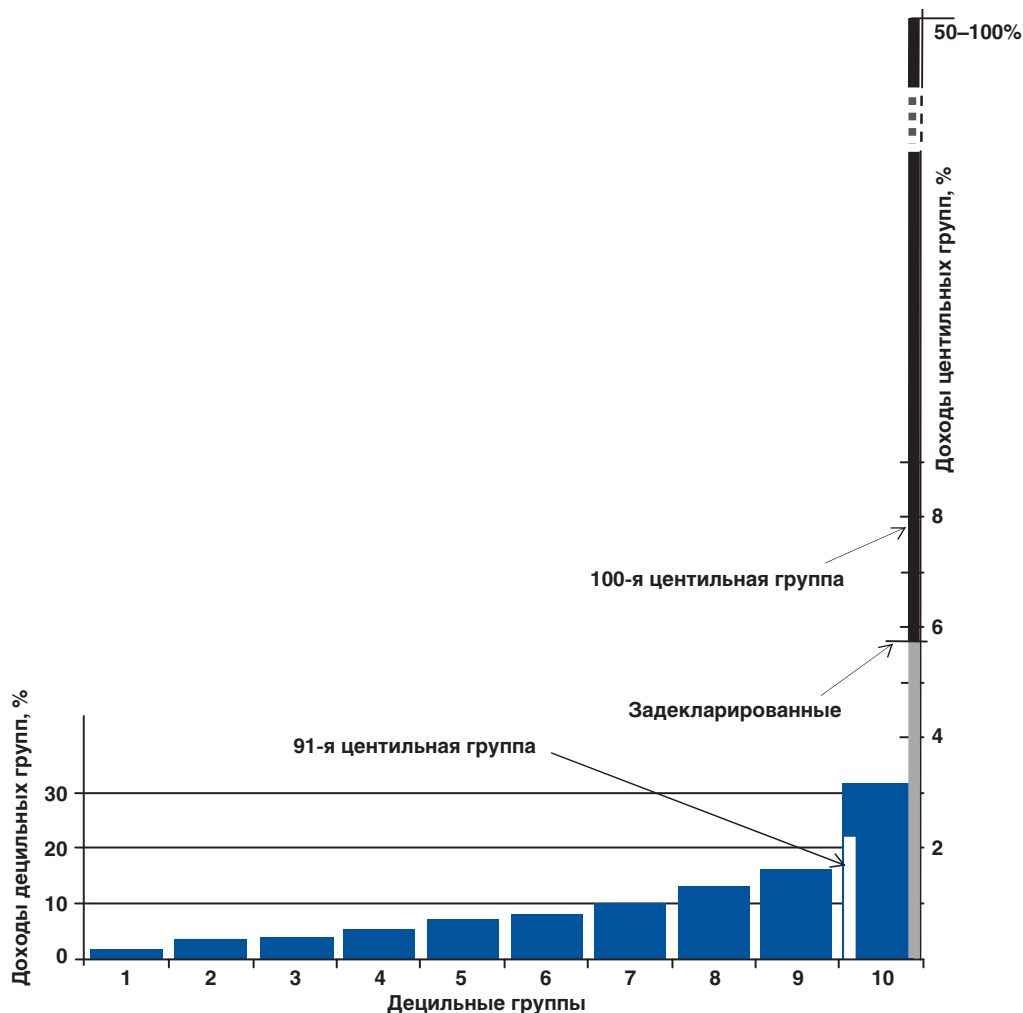


Рис. 18. Распределение денежных доходов населения РФ:

синие столбцы (левая ось ординат) — доли доходов по децильным (10%) группам населения; белый и серо-черный столбцы (правая ось ординат) — доли доходов по центильным (1%) группам населения самой богатой децильной группы

Для анализа доходов самой богатой децильной группы население этой группы поделено на 100 равных частей или центильных групп (по 1%). Из рисунка 18 видно, что 91-я группа — самая бедная из

богатых, имеет около 2% официального дохода всего населения. 100-я группа — самая богатая из богатых (или 1% населения страны) имеет с учетом незадекларированных доходов 50–100% от официального дохода всего остального населения страны. И почти весь этот доход является «теневым» для официальной статистики и налоговых органов и получается этой группой в иностранной валюте. Неучтенные доходы сверхбогатых авторами подсчитаны на основании данных Росгосстраха, где указано, что 0,4% семей (200 тыс.) имеют ежегодные доходы более 30 млн руб. в год (т.е. более 6 трлн руб. в год), а 0,2% семей (100 тыс.) владеют 70% национального богатства.

Из такого анализа следует, что в РФ для справедливого распределения национального богатства между населением, в том числе наполнения солидарной системы здравоохранения (см. раздел 3.2.1), требуются пересмотр плоской шкалы системы налогообложения доходов (13% для всех размеров доходов) и усиление контроля государства над уклонением от уплаты налогов, так, как это принято сегодня в развитых странах. Например, в странах ЕС и США существует прогрессивная шкала налогообложения населения, и богатые отдают большую долю (50–60%) своих доходов, чем бедные, а любая неуплата налогов жестко контролируется и наказывается.

2.5. Экологические факторы и условия труда на производстве

В России в связи с уменьшением промышленного производства основные экологические показатели (загрязнение промышленными отходами атмосферы, водоемов, санитарное состояние питьевой воды) с 1990 по 2007 г. несколько улучшились. Вместе с тем значительная часть населения целого ряда промышленных городов страны по-прежнему проживает в неблагоприятных экологических условиях. В 2007 г. Росгидромет определил перечень из 90 городов с наиболее неблагоприятной экологической обстановкой, связанной с выбросом в атмосферу более 1 тыс. тонн загрязняющих веществ от промышленных предприятий (Росстат, 2008). Из этого перечня

можно выделить 12 самых «грязных» городов России по уровню выбросов в атмосферу загрязняющих веществ (более 100 тыс. тонн), отходящих от промышленных предприятий. **Это в первую очередь г. Норильск (206 тыс. чел.) — 1991 тыс. тонн¹**, а далее в порядке уменьшения: Новокузнецк (562 тыс. чел.) — 397 тыс. тонн, Череповец (308 тыс. чел.) — 351 тыс. тонн, Липецк (502 тыс. чел.) — 335 тыс. тонн, Магнитогорск (409 тыс. чел.) — 260 тыс. тонн, Нижний Тагил (376 тыс. чел.) — 199 тыс. тонн, Омск (1 млн 131 тыс. чел.) — 170 тыс. тонн, Ангарск (243 тыс. чел.) — 166 тыс. тонн, Красноярск (936 тыс. чел.) — 165 тыс. тонн, Уфа (1 млн 21 тыс. чел.) — 154 тыс. тонн, Челябинск (1 млн 92 тыс. чел.) — 147 тыс. тонн, Братск (252 тыс. чел.) — 124 тыс. тонн. Для сравнения в таких мегаполисах, как Москва (10 млн 470 тыс. чел.) и Санкт-Петербург (4 млн 568 тыс. чел.), уровень выбросов составлял соответственно 79 и 46 тыс. тонн. По загрязнению почвы химическими веществами (зарин, диоксины и др.) самый загрязненный город мира — Дзержинск в Нижегородской области (РБК Daily, 2007).

Еще один фактор, повлиявший на ухудшение здоровья трудоспособного населения, — это занятость на производствах с условиями труда, не отвечающими гигиеническим нормам. По данным Росстата (2008), с 1990 по 2007 г. доля таких работников возросла в 1,3–2 раза в промышленном производстве (в зависимости от вида производства) и в 3,8 раза среди работников транспорта. В 2007 г. каждый 3-й рабочий в добывающей отрасли промышленности и транспорте и каждый 4-й, работающий в энергопроизводстве и в обрабатывающей промышленности, находились в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам.

По данным Роспотребнадзора, в 2008 г. условия труда на 77% предприятий России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокие показатели численности

¹ По данным РБК Daily (2007), Норильск является четвертым из десяти самых «грязных» городов мира (<http://www.rbcdaily.ru/2007/09/13/focus/292917>)

работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдались в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15) областях и Еврейской автономной области (41,1%).

Анализ, проведенный Институтом медицины труда (2002), показал, что это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайним невниманием к охране труда со стороны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты.

Все это вкупе с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний и свертыванием мощностей производственной медицины приводит к росту профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту запущенных случаев профессиональной патологии (см. раздел 1.2.3). Так, анализ причин заболеваемости в РФ показывает, что до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда (Минздравсоцразвития РФ, доклад «О реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 году», 2009).

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Факторы, влияющие на здоровье населения»

- Из рассматриваемых факторов, повлиявших на ухудшение здоровья населения РФ в период с 1990 по 2007 г., преимущественную роль сыграли нездоровый образ жизни, а именно высокая распространенность алкоголизма, табакокурения и наркомании среди населения страны, а также плохие условия труда на производстве. Не

проводились пропаганда здорового образа жизни и охрана здоровья населения страны. Основная причина сложившейся ситуации — отсутствие государственной политики, направленной на улучшение здоровья населения.

- ▶ Активная государственная политика (в том числе ограничительные и запретительные меры), направленная на улучшение здорового образа жизни, может привести к существенному улучшению здоровья населения в короткие сроки (пример — антиалкогольная кампания в РФ).
- ▶ В Стратегии развития здравоохранения должны быть предусмотрены детальные и научно обоснованные программы в области охраны здоровья населения по следующим приоритетным направлениям: 1) пропаганда здорового образа жизни и медико-санитарное просвещение населения; 2) специальные программы, направленные на снижение табакокурения, потребления алкоголя и наркотиков, особенно среди молодежи; 3) создание условий для активного занятия спортом и отдыха, здорового питания населения; 4) охрана труда на производстве, а также профилактика и своевременное лечение профессиональных заболеваний.

В автомобильной промышленности, где я работал, люди несут строгую ответственность за все свои программы и результаты деятельности. Это достаточно очевидно, не правда ли? Ничего подобного мы сегодня не наблюдаем ни в экономике, ни в политике, ни в здравоохранении.

Ли Якокка¹

РАЗДЕЛ 3

Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ

Система здравоохранения РФ описана по следующей схеме: история формирования, финансирование, обеспечение кадровыми и материально-техническими ресурсами, организация медицинской помощи и управление системой здравоохранения. В завершение представлена интегральная оценка здравоохранения РФ по сравнению с развитыми странами (Подходы к проведенному анализу представлены в работах Arah O.A. et al., 2006).

3.1. Краткое описание истории формирования и структуры системы здравоохранения РФ

В 1918 г. был установлен принцип бесплатной медицинской помощи для всех жителей страны. С 1918 по 1924 г. система здравоохранения финансировалась как из налогов, так и из страховых взносов работодателей.

¹ Ли Якокка (род. в 1924 г.) — американский автопромышленник, государственный деятель, был президентом компании «Форд» и председателем правления корпорации «Крайслер».

В 1924 г. была проведена национализация страховых компаний (больничных касс) и всех поставщиков медицинских услуг, были установлены единый источник финансирования (бюджет) и единая модель организации медицинской помощи, разработанная на основе принципов, предложенных в то время народным комиссаром здравоохранения СССР Н.А. Семашко. Эта модель финансирования и организации медицинской помощи существовала в стране до 1989 г. Она была простой и понятной как для населения, так и для медицинских работников. Это — участковый (территориальный) принцип прикрепления населения¹, разделение системы оказания медицинской помощи взрослым и детям, объединение врачей первичного звена и врачей-специалистов в поликлиники, строгие этапы на пути движения пациентов и деление на уровни помощи² (в зависимости от сложности технологий, применяемых в медицинских учреждениях), особый акцент делался на профилактику и оздоровление населения.

Система здравоохранения в этот период имела жесткую вертикаль соподчинения уровней управления здравоохранением (муниципального — региональному, регионального — федеральному), что позволяло обеспечивать единство финансирования, ресурсного обеспечения и управления. Недостатками существовавшей в советский период системы здравоохранения были экстенсивное наращивание ресурсов (числа врачей и больничных коек) без учета качественных показателей работы, медленное внедрение высоких технологий в практику, административно-командный стиль руководства, пре-

¹ Об участковом принципе см. приказ Минздравсоцразвития России № 584 от 4 августа 2006 г.

² Под этапом оказания медицинской помощи понимается оказание ее по территориальному принципу расположения объектов (учреждений) здравоохранения, для села — это сельский врачебный участок и его медицинские учреждения, ЦРБ и областная больница; для города — поликлиника, городская больница и специализированная больница (диспансер). Под уровнем понимается сложность технологии оказания медицинской помощи, и их три — первичный, специализированный и высокотехнологический.

пятствующий повышению эффективности деятельности системы, и перераспределение средств в больницы в ущерб поликлиникам. (Заславский А.Ю. и др., 2009)

С 1989 по 1991 г. в период перехода страны на рыночные механизмы управления экономикой в 3 субъектах РФ (Самарской и Кемеровской областях и Санкт-Петербурге) был апробирован «новый хозяйственный механизм», подразумевавший большую самостоятельность главных врачей в управлении ресурсами учреждений, подушевое финансирование первичного звена здравоохранения, систему фондодержания¹.

В 1991 г. в целях увеличения объемов финансирования здравоохранения принято решение создать систему обязательного медицинского страхования (ОМС) и принят Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в РФ» № 1499-1 от 28 июня 1991 г. С 1993 г. началось внедрение ОМС и установилась смешанная бюджетно-страховая модель финансирования системы здравоохранения, которая существует и сегодня.

В 1996 г. в целях увеличения поступления средств в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения им было разрешено оказывать платные услуги населению (постановление Правительства РФ № 27 от 13.01.96), что фактически официально узаконило

¹ Фондодержание подразумевает способ оплаты медицинской помощи через специально сформированные финансовые фонды для амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). Из этих фондов оплачиваются и услуги врачей АПУ, и дополнительные медицинские услуги диагностических центров и стационаров в интересах прикрепленного к АПУ населения. Сэкономленные средства от этих дополнительных услуг идут на оплату труда или развитие АПУ. Таким образом, создается экономическая заинтересованность медицинского персонала АПУ в улучшении здоровья населения (более здоровое население потребляет меньше медицинских услуг) и экономии ресурсов здравоохранения. За рубежом, например в Великобритании, под фондами подразумеваются не просто денежные фонды, зарезервированные на уровне страховой медицинской организации (СМО) (как в РФ), а отдельные структуры в составе врачебных практик на уровне районных подразделений Национальной службы здравоохранения.

доплату населения за помощь, которая должна оказываться бесплатно по программе государственных гарантий (ПГГ). Такой порядок существует и сегодня. Разрешение платных услуг, с одной стороны, позволяет ЛПУ (в условиях недофинансирования) получить дополнительные средства для оплаты труда сотрудников и текущего содержания самого учреждения, но с другой — ограничивает доступность медицинской помощи для малообеспеченных категорий населения.

В 1998 г. постановлением Правительства РФ была впервые утверждена Программа государственных гарантий (ПГГ) на 1999 г. (с 2004 г. по настоящее время она утверждается ежегодно). Эта программа содержит перечень видов медицинской помощи и нормативы ее объемов в расчете на 1 жителя (сколько должно быть вызовов скорой помощи, число посещений поликлиник на 1 жителя и т.д.) и финансовые нормативы этих объемов, а также устанавливает минимальный подушевой норматив финансирования. В реализации ПГГ разрешено участвовать частным поставщикам медицинских услуг.

В 2003–2004 гг. вследствие общей децентрализации управления в стране¹ управление здравоохранением было разделено на муниципальный, региональный и федеральный уровни. В соответствии с образованными уровнями были разделены полномочия по финансированию расходов на оказание медицинской помощи и по содержанию инфраструктуры учреждений. В результате финансовая обеспеченность территориальной программы государственных гарантий

¹ Федеральные законы № 131-ФЗ от 6 октября 2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и № 122-ФЗ от 22 августа 2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” и “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”».

(ТПГГ) и развитие инфраструктуры учреждений здравоохранения попали в зависимость от бюджетной обеспеченности субъектов и муниципалитетов РФ (см. раздел 3.8).

В 2003 г. по рекомендации Всемирного банка в Российской Федерации вводится институт врача общей практики (ВОП) и Минздравом России предпринимаются действия, направленные на сокращение амбулаторной специализированной помощи (в том числе педиатрической) в пользу развития ВОП. Такие действия министерства не учитывали позитивный опыт существования педиатрической службы в Советском Союзе и Российской Федерации и могли привести к ухудшению медицинской помощи детям. Поэтому они встретили сопротивление педиатрической общественности, которой удалось остановить этот процесс. Сегодня институт ВОП получил развитие в нескольких субъектах РФ (Самарской, Чувашской и Свердловской областях, Татарстане), причем преимущественно в сельской местности. Опыт этих регионов показал, что внедрение этого института имеет положительные результаты, естественно, при условии сохранения и развития имеющейся педиатрической службы.

В 2005 г. стартовала программа ДЛО¹, а в **2006 г.** — ПНП «Здоровье», благодаря чему были существенно увеличены государственные вложения в здравоохранение и получили развитие его приоритетные направления (подробно — см. раздел 5.20).

Схематично общая структура существующей в РФ системы здравоохранения показана на рис. 19. Частная система здравоохранения представлена частными страховыми компаниями (которые участвуют в реализации договоров ОМС, а также занимаются ДМС) и сетью частных поставщиков медицинских услуг.

¹ ДЛО — дополнительное лекарственное обеспечение.

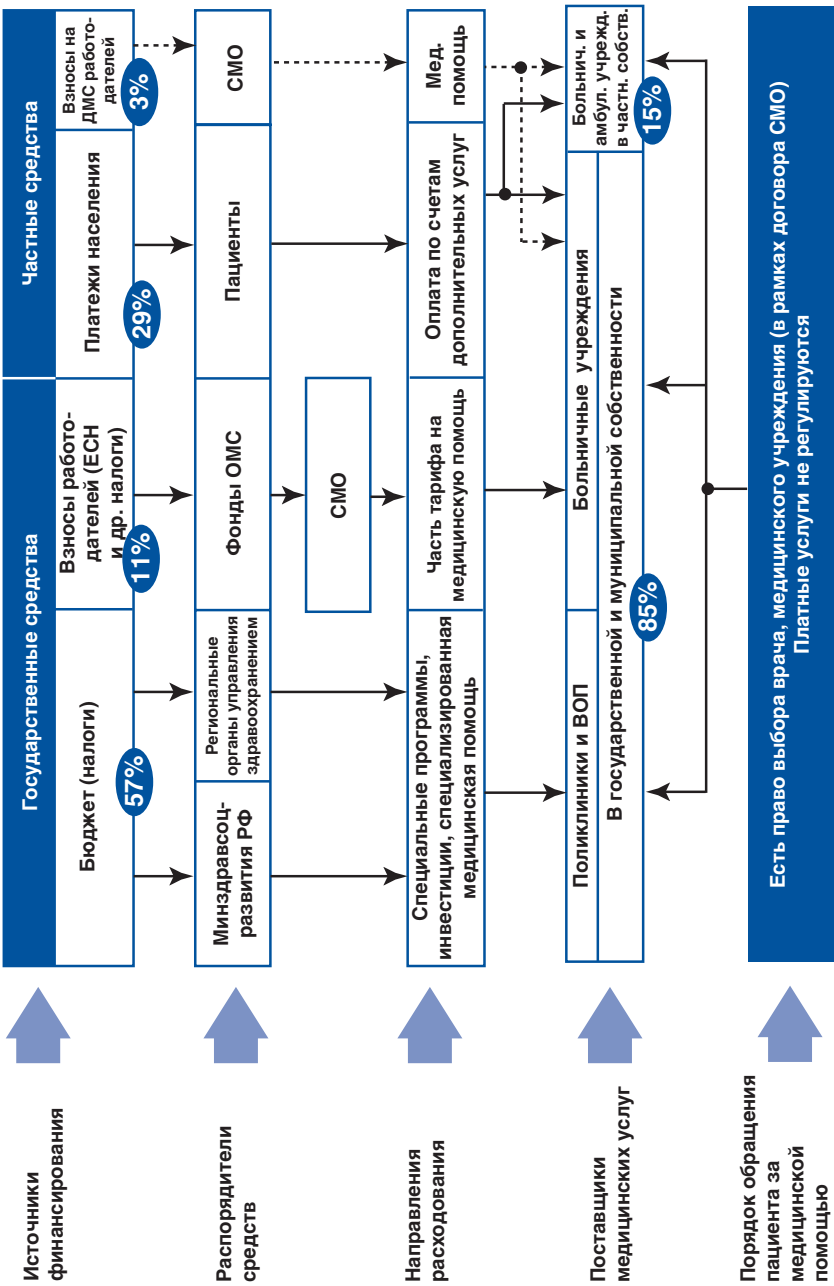


Рис. 19. Структура системы здравоохранения РФ:
ОМС — обязательное медицинское страхование; ДМС — добровольное медицинское страхование; СМО — страховая медицинская организация

По данным Росстата (2007), на частных поставщиков услуг в РФ приходится в среднем 15%¹ медицинских организаций (МО)². Доля частных коек составляет 0,33%.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Краткое описание истории формирования и структуры системы здравоохранения РФ»

Государственная система здравоохранения в РФ сегодня устроена следующим образом:

- ▶ по способу финансирования сложилась смешанная бюджетно-страховая модель;
- ▶ по системе организации медицинской помощи она носит черты модели Н.А. Семашко;
- ▶ по управлению — разделена на 3 уровня (федеральный, региональный и муниципальный);
- ▶ по форме собственности поставщиков медицинских услуг, участвующих в реализации ПГГ, выделены 3 ее вида: государственная (федеральная и региональная), муниципальная и частная. Отраслевая (ведомственная) медицинская служба осталась или в федеральной собственности (например, медицинская служба Министерства обороны), или стала частной в результате изменения формы собственности ведомств, которым она ранее принадлежала (например, медицинская служба ОАО «РЖД»).

¹ Амбулаторно-поликлинических МО всего 23 тыс., из них 18% — частных. Больничных МО всего 7,5 тыс., из них 2% частных, т.е. из всех 30,5 тыс. МО доля частных — 15% (или 4,5 тыс. МО)

² Понятие «медицинская организация (МО)» согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (№ 5487-1 от 22 июля 1993 г.) включает лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения. В понятие МО не вкладываются отношения собственности. В данной монографии понятия МО и ЛПУ подразумевают организации, предоставляющие медицинские услуги, и употребляются как синонимы, что более привычно для работников здравоохранения.

3.2. Система финансирования здравоохранения¹

3.2.1. Источники и объемы финансирования

Система здравоохранения РФ финансируется из государственных (общественных)² и негосударственных (частных) источников. К государственным источникам относятся средства бюджетов всех уровней: федерального, регионального и муниципального, формируемых из налогов соответствующего уровня, а также средств ОМС. Средства ОМС формируются за счет части единого социального налога — ЕСН, уплачиваемого работодателем в доле 3,1% от фонда оплаты труда (ФОТ). С 2010 г. ЕСН будет заменен на страховые взносы, а с 2011 г. ставка этих взносов будет составлять 5,1% от ФОТ (в ФОМС будет отчисляться 2,1%, а в ТФОМС — 3%). В РФ сегодня существует регрессивная шкала отчислений ЕСН³, с 2010 г. регрессивность сохранится и для страховых взносов на ОМС, которые заменят ЕСН.

Частные источники складываются из средств граждан и работодателей на ДМС, платежей населения за медицинские и санаторно-оздоровительные услуги учреждениям здравоохранения⁴, а также расходов населения на приобретение лекарственных средств (ЛС). В общих расходах на здравоохранение в РФ доля государственных расходов составляет 68%, что меньше, чем в среднем в развитых

¹ В подготовке этого раздела использованы данные Росстата (2008), данные ОЭСР (2008) и доклады о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 г., в 2007 г. и 2008 г. Отдельные ссылки указаны по тексту.

² В данной монографии общественные (public) средства здравоохранения, т.е. средства, формируемые из централизованных налогов и средств ОМС, равнозначны термину «государственные средства», так как средства ОМС формируются из ЕСН и бюджетов региональных органов управления здравоохранением, т.е. государственных источников. С 2010 г. ЕСН будет заменен на страховые взносы, но поскольку эти средства будут поступать в государственные внебюджетные фонды, то термин «государственные» будет также правомочен.

³ Регрессивная шкала означает, что тариф налога (взноса) уменьшается по мере роста размера заработной платы или других выплат, на которые начисляются взносы или налоги.

⁴ Росстат учитывает неофициальные платежи населения при подсчете официальной статистики по платным услугам.

странах (73%). Бюджеты всех уровней составляют в государственных расходах около 65%, а средства ОМС — 35%. Это соотношение подсчитано с учетом того, что средства ОМС включают взносы на неработающее население (см. табл. 5-п на стр. 432).

В РФ расходы государства на здравоохранение в доле ВВП¹ (т.е. относительные расходы) составляют 3,7%, что в 1,8 раза ниже, чем в странах ОЭСР — 6,6% ВВП (рис. 20). На рисунке 21 отображены общие и государственные расходы на здравоохранение в 2007 г. в

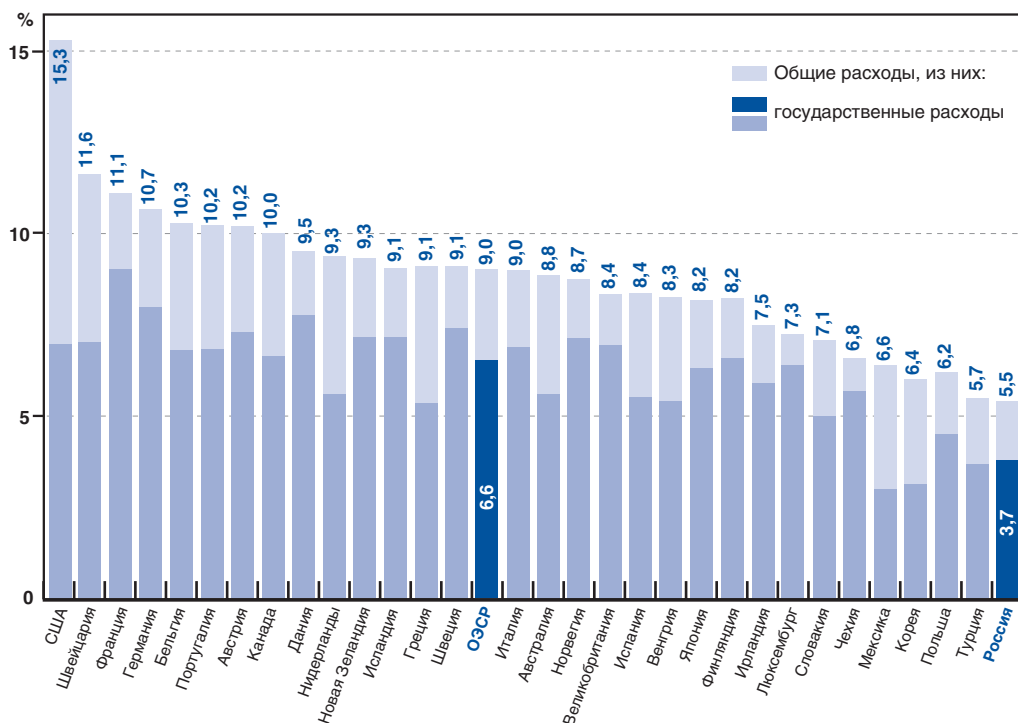


Рис. 20. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах

¹ ВВП — валовой внутренний продукт. Подробное определение ВВП и других понятий, используемых для международных сравнений расходов на здравоохранение, представлено в приложении 2, стр. 436.

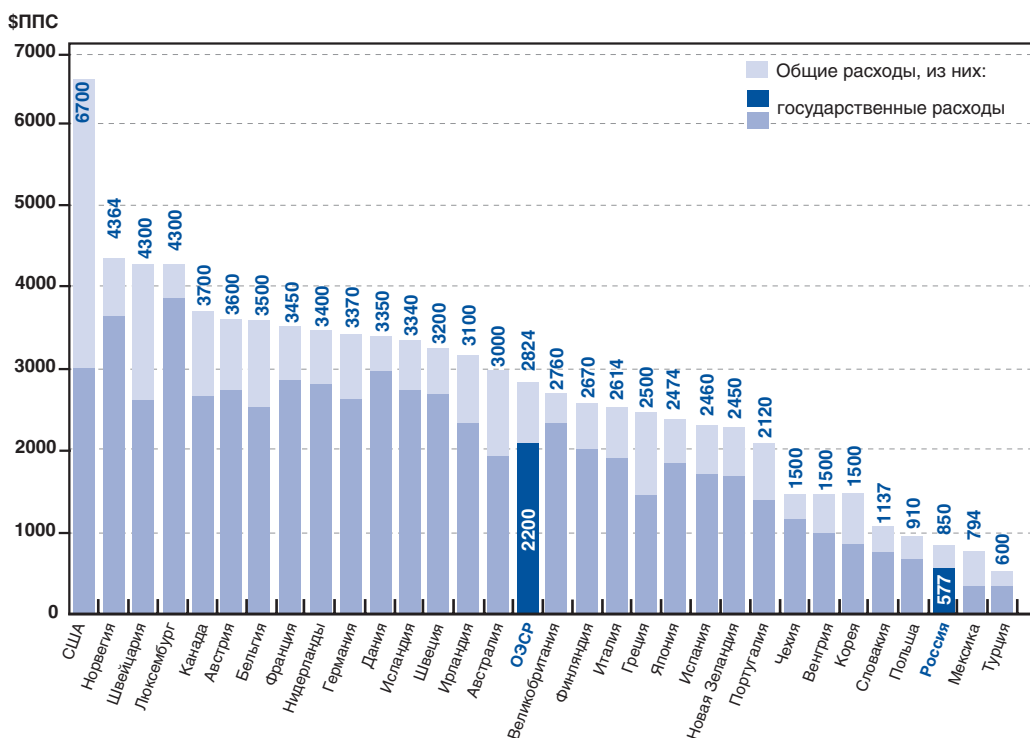


Рис. 21. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в разных странах в год

абсолютных показателях — в \$ППС¹ на душу населения в год. Видно, что в России на 1 человека из государственных источников тратится 577 \$ППС², что в среднем в 3,8 раза меньше, чем в странах ОЭСР (и ниже, чем в «новых» странах ЕС в 1,5–2 раза).

¹ ППС — паритет покупательной способности, представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно купить за одну денежную единицу базовой страны (долл. США). В 2007 г. принята стоимость 1 \$ППС — 15 руб.; см. <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rs.html/>. Подробно см. приложение 2, стр. 436.

² Всего в РФ на здравоохранение в 2007 г. из всех источников было потрачено 1810 млрд руб., из них государственных — 1230 млрд руб. (Росстат, 2008).

Таким образом, как в относительных показателях (доля ВВП), так и в абсолютных (подушевые расходы в \$ППС) государственное финансирование здравоохранения в России ниже, чем в развитых странах. Это означает, что в вопросе обеспечения государственных гарантий медицинской помощи страны с развитой рыночной экономикой более социально ориентированы, чем РФ.

3.2.2. Взаимозависимость между финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения

Следствиями недофинансирования российского здравоохранения из государственных источников являются низкая доступность медицинской помощи по ПГГ, невозможность оказания медицинской помощи в соответствии с современными международными стандартами и высокая доля участия населения в оплате медицинской помощи (см. раздел 3.2.3).

На рисунках 22 и 23 представлена зависимость показателей здоровья населения от подушевых государственных расходов на здравоохранение. Видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1500 \$ППС существует прямо пропорциональная зависимость ожидаемой продолжительности жизни и общего коэффициента смертности от этих расходов. Как видно из этих рисунков, для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 75 лет и общего коэффициента смертности 10,0 необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были не менее чем 1200 \$ППС.

Следует отметить, что даже небольшое увеличение финансирования здравоохранения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» позволило достичь заметных позитивных сдвигов как в ожидаемой продолжительности жизни, так и в снижении смертности населения.

Зависимость объемов финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения подтверждается также на примере «новых» стран ЕС (Чехии, Венгрии, Словакии, Польши и др.). Эти страны после распада Советского Союза увеличили государственное финансирование здравоохранения с 3% ВВП почти до 6%, чтобы

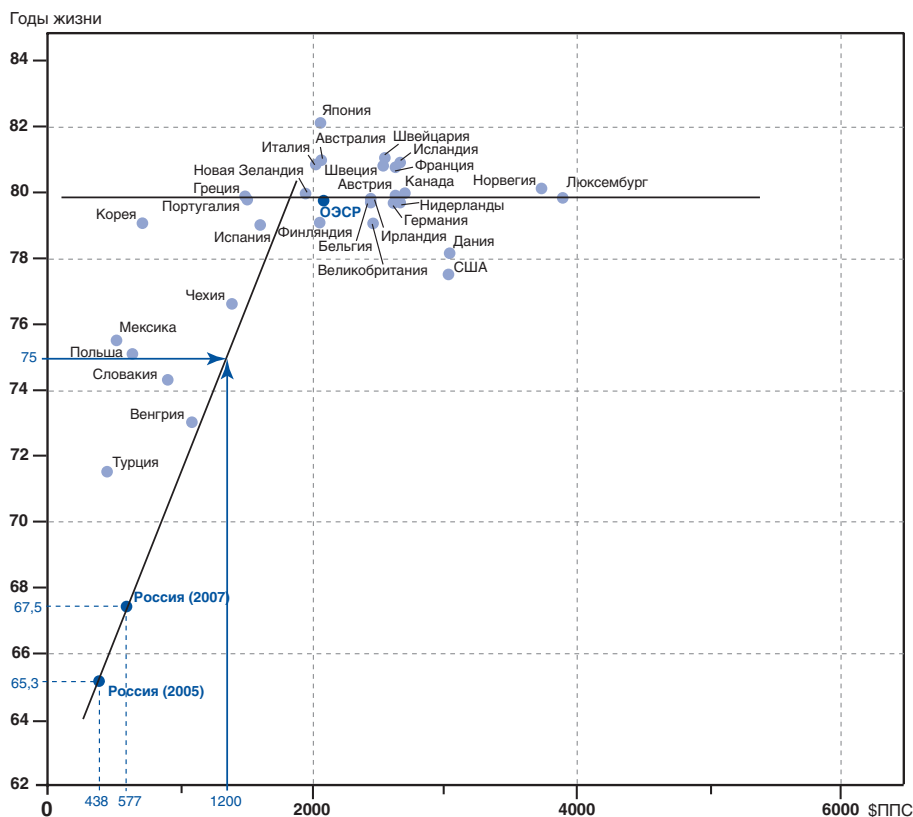


Рис. 22. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от государственных подушевых расходов на здравоохранение, \$ППС

сохранить абсолютную величину расходов на здравоохранение, так как объем ВВП в этих странах (как и в РФ в 90-х годах) уменьшился практически вдвое. В дальнейшем эта доля (6% от ВВП) сохранилась, и по мере роста ВВП расходы на здравоохранение в этих странах пропорционально увеличивались, что позволило избежать резкого ухудшения показателей здоровья населения и снизить общий коэффициент смертности до 10,0–11,0, а ожидаемую продолжительность жизни увеличить до уровня 74–75 лет, т.е. выйти на целевые показатели, ожидаемые в РФ к 2020 г. (см. рис. 2, 3).

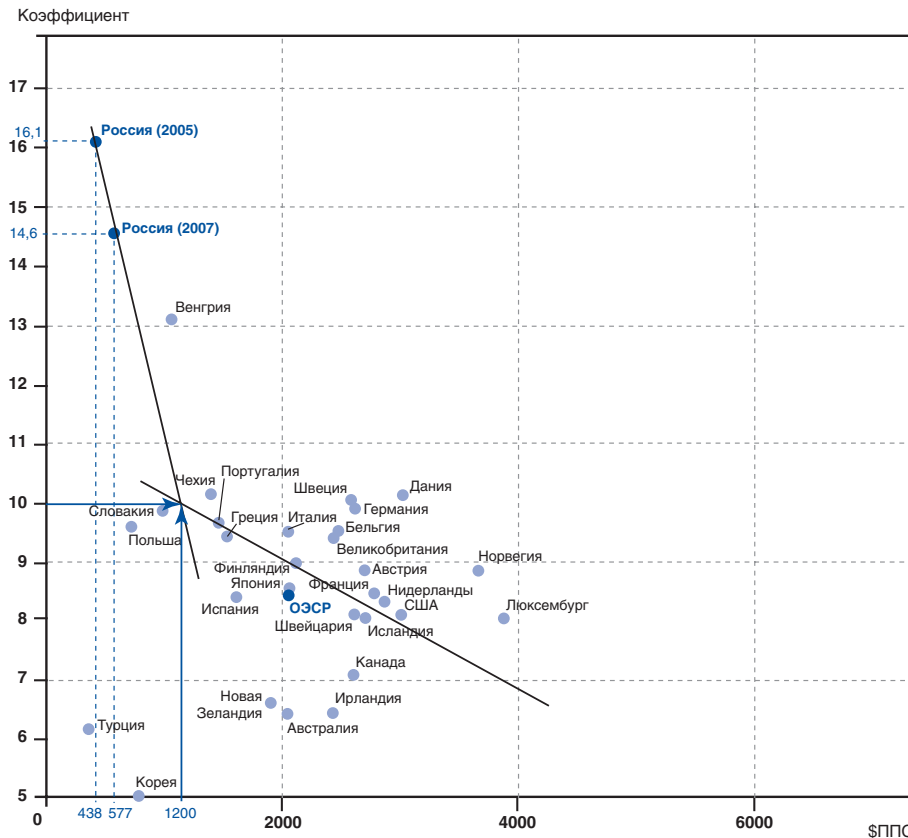


Рис. 23. Общий коэффициент смертности в зависимости от государственных подушевых расходов на здравоохранение, \$ППС

Дополнительным доказательством, подтверждающим вышеуказанную зависимость, являются примеры Новой Зеландии, бывшей ГДР и США (более подробно — см. разделы 5.1 и 5.2).

3.2.3. Расходы населения на медицинскую помощь (частные расходы)

Частные расходы на медицинскую помощь составляют в РФ 32% от общих расходов на здравоохранение и, как было указано в разделе 3.2.1, выше, чем в развитых странах. Эти расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, ЛС,

санаторно-курортные услуги, а также взносы населения и работодателей на ДМС (см. табл. 5-п, стр. 432).

Наличие самой возможности (с санкции государства¹) оказания платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения — молчаливое свидетельство того, что государство признает, что не может обеспечить заявленные государственные гарантии населению, т.е. не выполняет требований Конституции и Основ законодательства об охране здоровья граждан (по этим законам **все** население РФ имеет право на получение практически **всех** видов медицинской помощи по программе госгарантий).

Если все население имеет право на госгарантии, то непонятно, почему какая-то его часть изъявляет желание получать медицинскую помощь за свой счет. А если программа госгарантий покрывает практически все виды медицинской помощи при всех состояниях и заболеваниях, то почему появились многочисленные услуги сверх этой программы. Все это — свидетельство дефицита средств в государственной (солидарной системе), что приводит к тому, что солидарные (общественные) формы оплаты за медицинскую помощь заменяются личными расходами населения. Причем эта замена происходит по непрозрачным правилам, так как определить точно, что гарантировано, а что нет — невозможно, а тарифы на платные услуги устанавливаются по усмотрению руководителей ЛПУ по рыночным принципам².

Наличие платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения порождает еще одну проблему — отток ресурсов, предназначенных для оказания бес-

¹ Постановление Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»

² Постановление Правительства РФ № 239 от 7 марта 1995 г. «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)» и Методические рекомендации Министерства экономики № СИ-484/7-982 от 6 декабря 1995 г.

платных медицинских услуг, в пользу тех, кто оплачивает их из своего кармана или по ДМС. Например, платные медицинские услуги оказываются на оборудовании, приобретенном за государственные средства, и во время, которое предназначено для лечения пациентов, обратившихся по полису ОМС. Все это еще больше усиливает неравенство в доступности медицинской помощи населению с различными доходами.

Правда, за счет платных медицинских услуг ЛПУ частично субсидирует бесплатную медицинскую помощь, так как полученные средства идут на дополнительные выплаты персоналу, ремонт учреждений, приобретение расходных материалов. Но такой способ перераспределения ресурсов населения является наименее эффективным и плохо регулируемым, поэтому наиболее правильным был бы поэтапный отказ от платных медицинских услуг как в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, так и в частных медицинских организациях в пользу более солидарных форм оплаты — ОМС и ДМС.

3.2.4. Структура расходов на здравоохранение по функциям

Распределение всех (государственных и частных) ресурсов здравоохранения по функциям здравоохранения в сравнении со странами ОЭСР представлено на рис. 24. По данным В.И. Стародубова и В.О. Флека (2007), доля расходов на лечебно-диагностическую и реабилитационную помощь в РФ составляет 58% — практически столько же, сколько в развитых странах. На услуги по долговременному уходу (УДУ)¹ в РФ идет всего 1% от общих расходов; это зна-

¹ Долговременный уход включает оказание медико-социальных услуг для пожилых пациентов и инвалидов, которые не могут осуществлять самоуход вследствие хронического заболевания или старости. Уход оказывается как в стационарах, так и на дому. В российской системе оказания медицинской помощи к долговременному уходу можно отнести медико-социальные услуги, оказываемые в стационарах для больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями; в хосписах; в домах (стационарах) сестринского ухода; в учреждениях медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

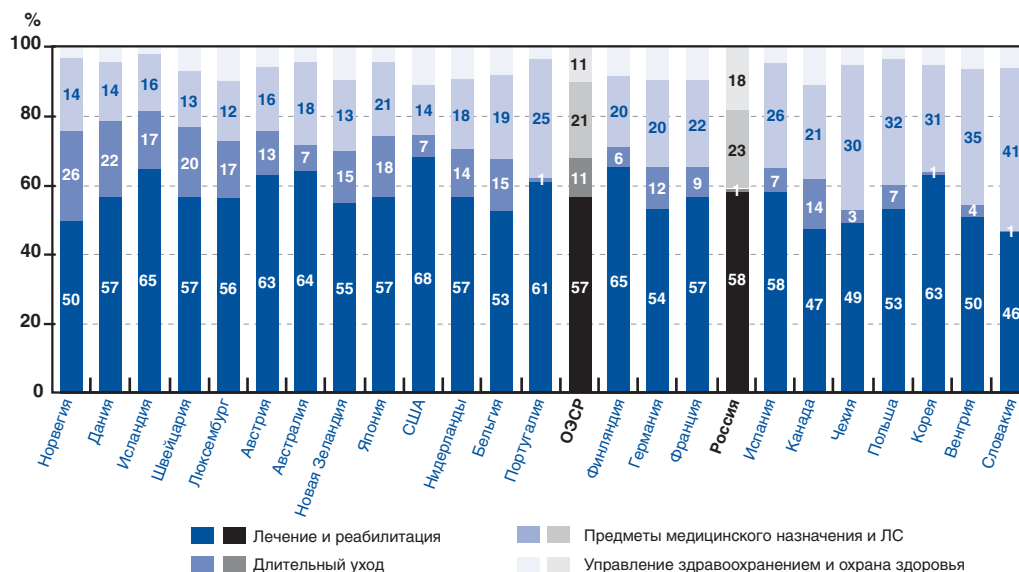


Рис. 24. Структура расходов на здравоохранение по функциям

чительно меньше, чем в развитых странах (11%), что свидетельствует о недофинансировании и соответственно недостаточном развитии службы долговременного ухода в связи с хроническими заболеваниями или по старости. Доля на администрирование здравоохранения составляет до 1,6% от совокупных расходов (в развитых странах — 1,5–4,5%).

Структура расходов на лечебно-диагностическую и реабилитационную помощь по месту ее оказания в целом аналогична зарубежной (рис. 25): на стационарную помощь в РФ расходуется 50% от всей лечебно-реабилитационной помощи (за рубежом — 48%), на амбулаторно-поликлиническую (включая услуги стоматологов) — 48%, как и в развитых странах (Стародубов В.И., Флек В.О., 2007). Если же рассматривать структуру **только государственных** расходов по условиям их предоставления, то пропорции будут иные: доля расходов на стационарные услуги — около 63% (в том числе в дневных стационарах — 3%), а на услуги в амбулаторных условиях — около 37%

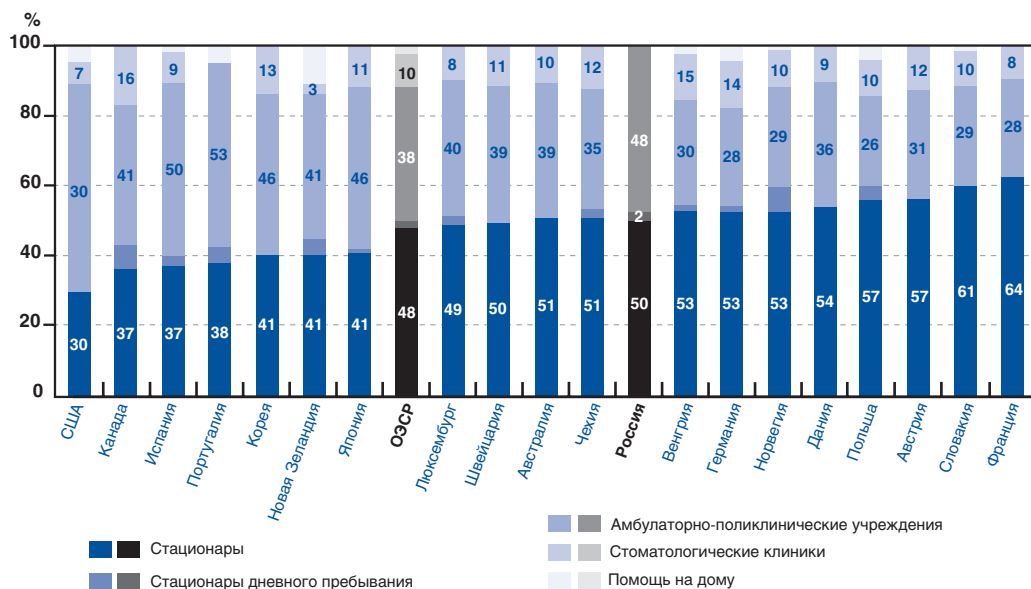


Рис. 25. Структура расходов на лечебно-реабилитационную помощь в зависимости от условий ее предоставления

(в том числе на скорую медицинскую помощь — 7%). Значительный перевес расходов на стационарные услуги свидетельствует о недостаточно эффективном расходовании государственных средств и недостаточном использовании современных стационарозамещающих технологий.

Расходы на ЛС в амбулаторных условиях и товары медицинского назначения (без учета расходов на ЛС в стационарах) в России составляют 23% от совокупного объема средств на здравоохранение; в развитых странах — примерно столько же (21%).

Однако в абсолютных величинах (рис. 26) в РФ эти значения очень малы. В 2007 г. в РФ общие подушевые расходы на ЛС в амбулаторных условиях составили около 190 \$ППС, при этом из государственных источников покрывается только 24% (45 \$ППС). В странах ОЭСР общие подушевые затраты на ЛС в амбулаторных условиях в 2,2 раза больше (413 \$ППС). Из государственных источников за

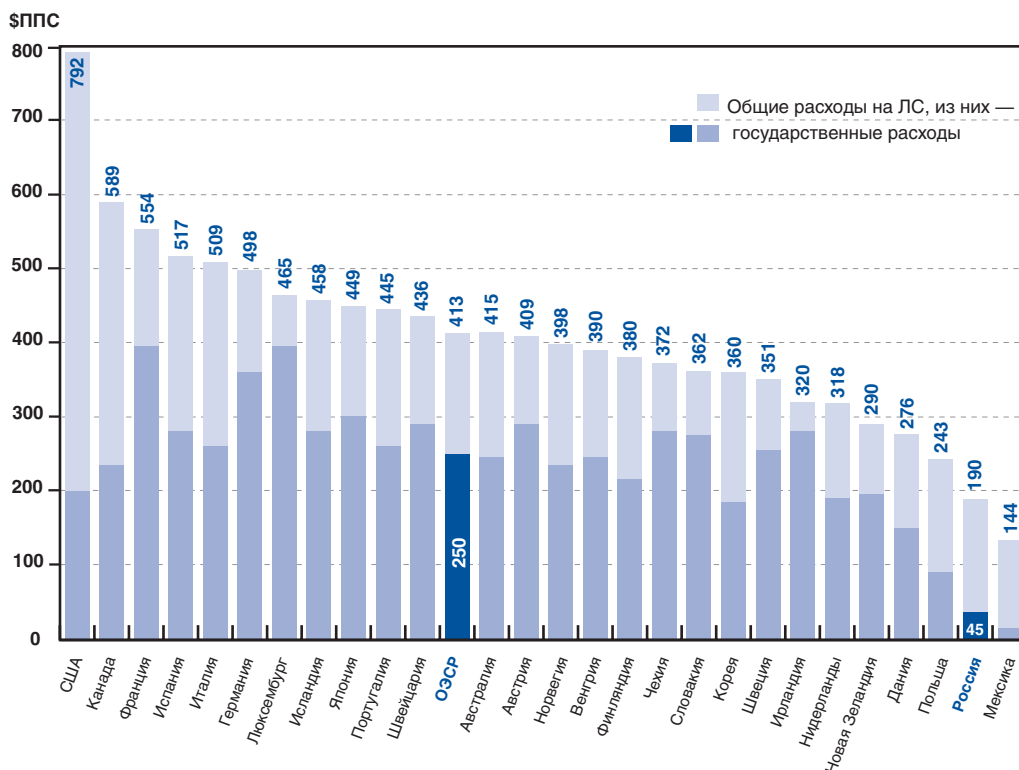


Рис. 26. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача)

рубежом покрывается 60% расходов (250 \$ППС), что в 5,5 раза больше, чем в РФ (45 \$ППС). В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,3%, в развитых странах в 3 раза больше — 0,9% (рис. 27).

Следует отметить, что доля отечественных препаратов в государственных закупках ЛС составляет около 5% (см. раздел 3.7).

Все это свидетельствует о существенном государственном недофинансировании расходов на ЛС, что снижает доступность современных ЛС для населения, увеличивает нагрузку на стационарное лечение и повышает финансовое бремя расходов населения на лекарства.

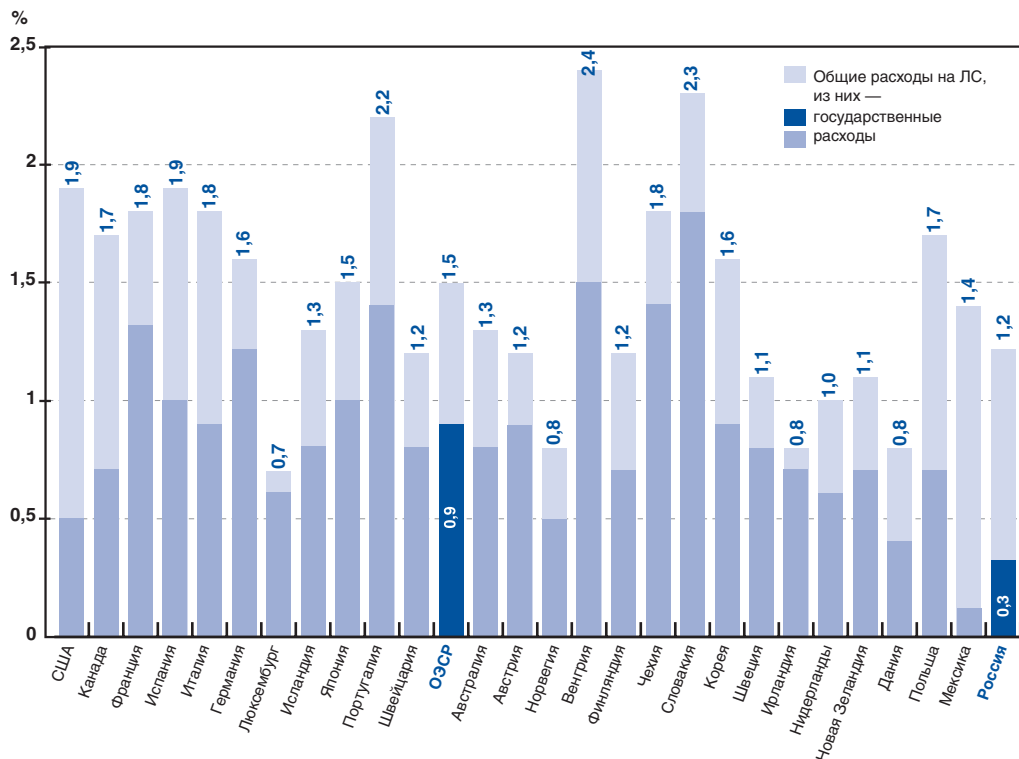


Рис. 27. Доля расходов на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в ВВП

3.2.5. Порядок аккумулирования и распределения средств на здравоохранение

Государственные средства на здравоохранение аккумулируются в Минздравсоцразвития РФ, региональных и муниципальных органах управления здравоохранением, в Федеральном фонде ОМС (ФОМС) и территориальных фондах ОМС (ТФОМС), а также в Фонде социального страхования (ФСС). Более 70% этих средств в России расходуются на программу госгарантий (ПГГ), в том числе на ее базовую часть, финансируемую только за счет средств ОМС. Оставшиеся средства идут на финансирование науки, медицинского образования, обеспе-

чение санитарно-эпидемиологического благополучия, федеральные целевые программы, расходы на увеличение стоимости основных фондов (строительство и капитальный ремонт), а также на административные расходы.

Поступления в государственную систему здравоохранения (за исключением установленной ставки ЕСН на ОМС) не нормируются. Минимальный подушевой норматив финансирования ПГГ был сформирован в 1999 г. на основании сложившихся в кризисных условиях расходов на здравоохранение и затем, вплоть до 2007 г., только индексировался в некотором соответствии с изменением индекса потребительских цен (инфляцией). Сегодня, как было показано в разделе 3.2.1, он не отражает реальных потребностей в финансировании медицинской помощи и не может служить ориентиром для нормирования. Следует отметить, что страховые взносы субъектов РФ на неработающее население в ТФОМС также не нормируются (чаще всего эта сумма формируется как разница между средствами, поступившими в ТФОМС на работающее население, и суммой средств, необходимых для достижения установленного минимального подушевого норматива базовой части ПГГ)¹.

В распределении средств здравоохранения (в том числе средств на ПГГ) участвует множество плательщиков и распорядителей средств. Упрощенно направления расходования средств распорядителями выглядят следующим образом:

В **ФОМС** аккумулируются средства из федерального бюджета, доля ЕСН (1,1%)² и других налоговых поступлений. Расходуются они на выравнивание финансового обеспечения территориальных ПГГ

¹ В постановлении Правительства РФ № 913 от 5 декабря 2008 г. о ПГГ на 2009 г. впервые появилось упоминание, что страховые взносы на неработающее население должны учитывать более высокий коэффициент потребления медицинской помощи неработающими.

² Начиная с 2011 г. эта доля страховых взносов составит 2,1%.

(ТПГГ)¹ в субъектах РФ и ряд других целевых программ, например на программу дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО или ОНЛС)², национальный проект «Здоровье» и др.

В **ТФОМС** аккумулируются средства, поступающие из региональных бюджетов (взносы на неработающее население), доли ЕСН (2% от ФОТ)³, и средства **ФОМС**. Расходятся эти средства на оказание базовой части ТПГГ, т.е. на оплату всех видов медицинской помощи за исключением скорой, высокотехнологичной и при социально значимых заболеваниях. В структуру тарифа, оплачиваемого **ОМС**, входят только 5 статей: оплата труда, начисления на оплату труда, расходы на ЛС, питание больных и мягкий инвентарь. Остальные расходы по обеспечению деятельности учреждений (коммунальные услуги, расходы на содержание имущества и увеличение стоимости основных средств), работающих в системе **ОМС**, покрываются их собственниками. Направляются средства поставщикам медицинских услуг через частные страховые медицинские организации (**СМО**), за исключением ряда субъектов РФ, например Пермской области.

В **Минздравсоцразвития России** аккумулируются средства из федерального бюджета, которые затем расходуются на финансирование ПГГ (специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь⁴), на обеспечение отдельных категорий населения ЛС (см. раздел 5.20), а также на содержание и развитие учреждений, находящихся в федеральной собственности. Из средств федерального бюджета финансируются расходы, не входящие в ПГГ: программы общественно-

¹ ТПГГ финансируется из средств **ОМС** (базовая часть ПГГ) и средств консолидированного бюджета субъекта РФ.

² Обеспечение населения лекарственными средствами.

³ Начиная с 2011 г. эта доля страховых взносов составит 3% от **ФОТ**.

⁴ Соответствующие лимиты объемов медицинской помощи распределяются по субъектам РФ.

го здоровья, медицинское образование и наука, целевые долгосрочные программы и др.

В региональных органах управления здравоохранением аккумулируются средства из региональных бюджетов и трансферты из федерального бюджета, которые затем направляются на обеспечение ТПГГ в части оказания скорой специализированной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, высокотехнологичной медицинской помощи, ряд целевых программ, а также на содержание и развитие инфраструктуры учреждений, находящихся в региональной собственности.

В органах местного самоуправления в области охраны здоровья граждан аккумулируются средства из местных бюджетов и трансферты из регионального бюджета, которые расходуются на оказание ТПГГ в части скорой медицинской помощи, а также первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в том числе неотложной и при социально значимых заболеваниях. Также за счет средств местных бюджетов осуществляются содержание и развитие инфраструктуры учреждений, находящихся в муниципальной собственности, и ряд целевых программ, если позволяют средства бюджета.

В ФСС аккумулируются средства из ЕСН, из которых оплачиваются путевки в санатории для отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, углубленные медицинские осмотры граждан, работающих во вредных и опасных условиях труда, программа «Родовой сертификат» — часть Национального проекта «Здоровье».

Структура финансирования ПГГ по источникам в разрезе видов медицинской помощи представлена в табл. 3.

За счет средств федерального, регионального и местного бюджетов в установленном порядке финансируются медицинские и иные услуги, оказываемые в учреждениях, которые не участвуют

Таблица 3

Структура финансирования ПГГ по источникам в разрезе видов медицинской помощи

Виды медицинской помощи	Источники финансирования			
	Федеральный бюджет	ТПГГ*		
		ОМС (базовая часть ТПГГ)	консолидированный бюджет субъекта РФ	
			региональный	муниципальный
Первичная медико-санитарная помощь, в том числе неотложная помощь	— (только дополнительная мед. помощь и мед. помощь в учреждениях по перечню)	+	— (только дополнительная мед. помощь)	+ (при социально значимых заболеваниях, а также медицинская помощь женщинам в период беременности и родов и детям в перинатальный период)
Скорая помощь	—	—	—	+
Скорая специализированная помощь (санитарно-авиационная)	—	—	+	—
Специализированная помощь	+(в федеральных учреждениях)	+(исключая социально значимые заболевания)	+(социально значимые заболевания в специальных учреждениях)	—
Специализированная высокотехнологическая помощь	+(в учреждениях по перечню)	—	—	—
Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях	+(программа ДЛО)	—	+(постановление Правительства РФ № 890 от 30.07.1994 г.)	—

* ТПГГ также включает средства на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

в реализации территориальной программы ОМС, например молочные кухни, дома ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы, дома (больницы) сестринского ухода, центры медицинской профилактики и др.

Отсутствие нормирования поступлений из бюджетов всех уровней и взносов на неработающее население снижает финансовую устойчивость государственной системы здравоохранения и затрудняет планирование.

Наличие множества плательщиков и распорядителей средств затрудняет эффективное управление государственными средствами, размывает ответственность за реализацию ПГГ, приводит к излишним административным издержкам и дублированию функций, а также ограничивает возможности для выравнивания финансовых условий между субъектами РФ.

Раздельное содержание инфраструктуры учреждений различными уровнями управления здравоохранения создает условия для несбалансированного развития этой инфраструктуры и требует разработки единой программы, учитывающей долгосрочные региональные и муниципальные потребности в медицинской помощи.

Раздельное финансирование содержания инфраструктуры медицинских учреждений (за счет собственника) и собственно медицинских услуг (за счет средств ОМС) создает условия для наращивания мощностей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в отрыве от качества этих услуг и снижает эффективность управления средствами как на уровне региона в целом, так и отдельных ЛПУ.

3.2.6. Порядок распределения средств на ТПГГ между СМО

Средства, поступившие в ТФОМС на базовую программу ОМС, доводятся до медицинских организаций через частные СМО, которые выполняют работу по оперативному планированию объемов медицинской помощи, по оплате и проверке счетов, выставленных поставщиками медицинских услуг, по контролю качества оказанной медицинской помощи застрахованным и защите их прав.

В настоящее время застрахованные распределяются между СМО или по территориальному принципу, или по месту работы. Решение

чаще всего принимает региональный орган управления здравоохранением (совместно с ТФОМС) или страхователь, например региональная (местная) администрация или руководство предприятия. На практике право выбора гражданином СМО, прописанное в Законе «О медицинском страховании», не реализуется.

Средства в СМО из ТФОМС перечисляются на оказание медицинской помощи (на каждого застрахованного по подушевому нормативу), в том числе и на ведение дела (1,5–2% от общего объема средств).

Объемы медицинской помощи, которые может оплатить СМО при наступлении страхового случая, перечень учреждений, в которых необходимо оказывать медицинскую помощь и тарифы на услуги заранее согласуются с ТФОМС. Объемы медицинской помощи и перечень учреждений устанавливаются в государственном (муниципальном) задании по исполнению ТППГ согласно постановлению Правительства РФ № 255 от 6 мая 2003 г.¹; тарифы — по тарифному соглашению, которое подписывают совместно органы исполнительной власти субъектов РФ или региональный орган управления здравоохранением, ТФОМС, представители Ассоциаций страховщиков и медицинских работников (ст. 24 Закона РФ «О медицинском страховании»). На основании вышеперечисленных документов СМО уже заключает договор с поставщиками медицинских услуг.

Можно констатировать, что СМО выполняет только посредническую функцию в нормированном распределении государственного заказа на ТППГ, лишь косвенно принимая участие в планировании объемов медицинской помощи, распределении государственного заказа между МО и в установлении тарифов.

¹ «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией».

Таким образом, сегодня сложилась ситуация, когда СМО не только не имеют экономических стимулов в повышении качества медицинской помощи застрахованным и в снижении издержек на ее оказание, но и, более того, не имеют возможности это сделать. Все это снижает эффективность управления ресурсами здравоохранения.

3.2.7. Порядок формирования объемов медицинской помощи по ТПГГ и распределение их между поставщиками медицинских услуг

Объемы медицинской помощи по ТПГГ в субъектах РФ формируются на основании нормативов ПГГ с учетом районных коэффициентов и половозрастной структуры населения. Эти нормативы, как правило, с реальными потребностями в медицинской помощи **никак не соотносятся**. Например, с 1999 по 2008 г. нормативы объемов медицинской помощи не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились (табл. 4).

Вместе с тем заболеваемость населения соответственно и потребности в медицинской помощи выросли за этот период на 15% (см. раздел 1.2.1, рис. 10).

Таблица 4

Нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ и их фактическое исполнение

Виды медицинской помощи	Единица измерения	Объем в расчете на 1 жителя в год					
		1999 г.		2007 г.		2008 г.	
		норматив	факт	норматив	факт	норматив	факт
Скорая помощь	вызов	0,34	0,32	0,32	0,35	0,32	0,34
Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,19	8,97	9,19	8,74	9,19	9,13
Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,90	3,29	2,81	2,91	2,81	2,88
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	пациенто-день	0,66	0,19	0,58	0,48	0,58	0,49

Такой рост должен сопровождаться увеличением нормативов объемов амбулаторно-поликлинической помощи как минимум на 15%, а с учетом внедрения современных высоких технологий в первичном звене — на все 25%.

Также изменились технологии оказания стационарной медицинской помощи, например, появились хирургические вмешательства, которые можно осуществлять в стационаре в короткие сроки с последующим наблюдением пациента в амбулаторных условиях. Это также должно было повлечь увеличение нормативов амбулаторной помощи и уменьшение нормативов стационарной помощи.

Распределяются объемы медицинской помощи между поставщиками медицинских услуг на основании государственного (муниципального) задания, которое утверждается региональным органом управления в области охраны здоровья населения (постановление Правительства РФ № 255 от 6 мая 2003 г.). Согласно этому постановлению учреждения здравоохранения представляют предложения по исполнению государственного (муниципального) задания, в которых описывают объемы оказанной ими медицинской помощи за прошлые годы. Каждое учреждение стремится сохранить сложившиеся объемы медицинской помощи для обеспечения фонда оплаты труда и других расходов, таким образом консервируя сложившуюся структуру и объемы оказания медицинской помощи в регионе. В соответствии с Бюджетным кодексом РФ (ст. 69.2) утвержденные государственные (муниципальные) задания должны включать в себя, кроме объемов услуг, также показатели качества. **На практике это важнейшее требование не реализуется.**

Следует отметить, что в субъектах РФ сложились различные модели доведения средств до поставщиков медицинских услуг, например в 5 субъектах вообще нет СМО, в 18 субъектах в оплате медицинской помощи принимают участие и СМО, и ТФОМС (Колосницина М.Г., Шейман И.М. и др., 2009).

В реализации ПГГ участвуют преимущественно государственные и муниципальные медицинские организации; доля частных органи-

заций в 2007 г. составила 4,1% от числа всех организаций, принимавших участие в реализации ПГГ. Это связано с тем, что региональные и муниципальные органы здравоохранения стараются обеспечить заданием в первую очередь ЛПУ, находящиеся в их собственности, а также потому, что частных медицинских организаций просто мало, а в сельских муниципалитетах они вообще отсутствуют.

Таким образом, отсутствует система обоснованного планирования объемов медицинской помощи по ПГГ, учитывающая потребности населения в медицинской помощи и необходимость использования современных технологий.

Распределение государственного задания по ПГГ между поставщиками медицинских услуг происходит административно-командным способом и слабо учитывает эффективность и качество деятельности МО, а также приоритеты развития здравоохранения региона.

3.2.8. Порядок расходования средств поставщиками медицинских услуг

Вследствие описанной выше многоканальности финансирования здравоохранения государственные и муниципальные поставщики медицинских услуг получают средства иногда из 10–15 различных источников, среди них: муниципальный бюджет, региональный бюджет, федеральный бюджет, система ОМС (причем от различных страховых компаний); а также платные медицинские услуги, программы добровольного медицинского страхования, прямые договоры с предприятиями, средства от других ЛПУ по субподряду. Это вызывает сложности в учете и администрировании денежных средств учреждения. Ситуацию усугубляет использование различными плательщиками различных способов оплаты, например в системах ОМС и ДМС. Межтерриториальные расчеты осложнены разными тарифами и составом видов медицинской помощи в программах ОМС.

Дополнительным препятствием в повышении финансовой эффективности деятельности государственных и муниципальных медицинских организаций является необходимость жесткого исполнения бюджетов, т.е. поступившие средства могут расходоваться только

по статьям, указанным в бюджетной классификации. Хотя это правило и облегчает контроль за государственными средствами, но одновременно существенно препятствует оперативному управлению расходами МО. В ряде случаев ситуация доходит до нелепостей, например руководителю ЛПУ могут вменить в вину несоблюдение нормативов расходов на питание пациентов, если он снизил по этой статье расходы; вместе с тем это снижение могло произойти не из-за обделения пациентов питанием, а за счет экономии при закупке продуктов.

3.2.9. Тарифная политика

В настоящее время в России не сложилась единая тарифная политика, т.е. не существует ни единых способов оплаты поставщикам медицинских услуг, ни единой системы тарифов на медицинские услуги и ЛС. Например, в 88% субъектов РФ применяется **оплата амбулаторной медицинской помощи** по посещениям, в остальных — за отдельные услуги, за законченный случай, по смете расходов и др. (Колосницина М.Г., Шейман И.М. и др., 2009). Следует иметь в виду, что оплата амбулаторной помощи по посещениям стимулирует наращивание зарегистрированных объемов медицинской помощи и не способствует мотивации медицинских работников к улучшению здоровья прикрепленного населения.

При оплате стационарной медицинской помощи используется более 5 способов: например, за законченный случай госпитализации, по количеству койко-дней, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении, по смете расходов и др. Оплата по койко-дням (или по законченному случаю в привязке к койко-дням), применяемая в ряде субъектов РФ, приводит к наращиванию их числа, приходящегося на одного больного в МО. Следует подчеркнуть, что наращивание необоснованных объемов стационарной медицинской помощи в МО происходит также вследствие заниженных тарифов, а не только из-за необоснованных направлений на стационарное лечение (руководители

учреждений таким образом пытаются получить дополнительные доходы для ЛПУ).

В последние 10 лет в развитых странах применяется единый способ оплаты стационарной медицинской помощи — по диагностически связанным группам (ДСГ). Этот способ основан на установлении фиксированной цены на группу близких заболеваний (диагнозов) с примерно одинаковым объемом потребления ресурсов. Медицинская организация, зная, сколько средств она получит за лечение той или иной группы диагнозов, старается снизить издержки на лечение этих заболеваний и сократить число дней пребывания больных в стационаре. При этом страховая компания и государственные органы управления следят за качеством оказанной медицинской помощи в МО.

Тарифы на медицинские услуги в РФ устанавливаются исходя из всех имеющихся средств на ПГГ и запланированных объемов медицинской помощи, а не из необходимости выполнения медицинской помощи, соответствующей современным международным стандартам. Как показал пилотный проект Минздравсоцразвития России, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, стоимость законченных случаев лечения заболеваний, рассчитанная по федеральным стандартам, в 4–10 раз (в зависимости от заболевания) превышает фактически сложившиеся расходы в субъектах РФ (рассчитанные по региональным медико-экономическим стандартам)¹. Например, для лечения пневмонии требуется 46 тыс. руб., а расходуется 9 тыс. руб., для лечения термических и химических ожогов эти величины составляют соответственно 200 и 12 тыс. руб., для лечения острого инфаркта миокарда — 61 и 12 тыс. руб. соответственно.

Даже при наличии стандартов по ряду заболеваний отсутствие единых подходов к формированию нормативов финансовых затрат

¹ Данные ФОМС, 2009.

(например, референтных цен на ЛС, единых их перечней и уровней оснащения МО) приводят к тому, что стоимость лечения одних и тех же заболеваний существенно разнится в различных субъектах РФ (при прочих равных условиях — бюджетной обеспеченности субъекта, половозрастной структуре пациентов и др.). Например, по данным указанного пилотного проекта, стоимость лечения пневмонии в Пермском крае составляет 9,9 тыс. руб., в Республике Чувашия — 15 тыс. руб., в Республике Татарстан — 28 тыс. руб.

Более того, существующие различия в оплате медицинских учреждений в зависимости от уровня их бюджетной принадлежности (федеральной, региональной и муниципальной) приводят к тому, что муниципальные учреждения оплачиваются по более низким тарифам, соответственно им сложнее выполнять современные стандарты лечения. Например, сельские ЦРБ (даже с учетом надбавки к ФОТ в 25% за работу в сельских условиях) получают на лечение инфаркта миокарда и пневмонии меньше средств, чем региональные учреждения (при прочих равных условиях). Например, в Самарской области стоимость лечения неосложненной пневмонии в центральной районной больнице стоит 7290 руб., а в центральной областной больнице — 8777 руб.

Цены на платные медицинские услуги, оказываемые в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, также отданы на откуп руководителям МО. В результате в однотипных учреждениях стоимость одних и тех же услуг может существенно различаться¹. Ситуация с нерегулируемыми ценами на платные медицинские услуги усугубляется тем, что единый перечень услуг, гарантированных по ПГГ, за которые государственные и муниципальные учреждения не имеют право взимать деньги с пациентов, отсутствует.

¹ Различия могут быть обусловлены также тем, что тарифы на платные услуги включают не только пять статей затрат, но и другие статьи на обеспечение деятельности учреждения.

При сравнении тарифов на медицинские услуги, сложившихся в государственных и муниципальных МО, с аналогичными в развитых странах прослеживается та же тенденция, что и при сравнении уровней общего государственного финансирования здравоохранения — расходы по лечению отдельных заболеваний в РФ в среднем в 4 раза ниже, чем в этих странах (табл. 5). При этом цены на медикаменты, расходные материалы, материально-техническое обеспечение ЛПУ современным оборудованием в России практически такие же, а по ряду позиций даже выше, чем в перечисленных странах

Таблица 5

Соотношение тарифов на отдельные услуги в РФ и странах ЕС

Услуги	Стоимость в странах ЕС ¹ (усредненно), \$ППС	Стоимость в РФ ² , \$ППС	Соотношение
Один усредненный случай госпитализации	3 600 (6,3 дня длительность госпитализации)	936 (13 дней длительность госпитализации)	3,8
Один день госпитализации	570	72	7,9
Одно посещение врача общей практики/посещение поликлиники	30	12	2,5
Законченный случай аппендэктомии (неосложненный)	2000	645	3,1
Законченный случай протезирования тазобедренного сустава	6426	1840	3,5
Законченный случай лечения неосложненного инфаркта миокарда	5520	1400	3,9
Законченный случай лечения ишемического инсульта	4900	1500	3,3
Законченный случай имплантации хрусталика	870	400	2,2

¹ Цена за 2006 г., так как цены на медицинские услуги в европейских странах растут со скоростью 1–2% в год, поэтому увеличением стоимости тарифов к 2008 г. в данных сравнениях пренебрегли. Источник: Busse R. et al., 2008.

² Цена медико-экономического стандарта в системе ОМС по Москве (2008 г.) + 30% до стоимости полного тарифа.

(в первую очередь это касается медицинского оборудования и большинства импортных ЛС).

Таким образом, в России для оказания медицинской помощи по современным стандартам (как это сегодня происходит в развитых странах) потребуется увеличение финансирования здравоохранения в разы.

Отсутствие единых предельных тарифов (с учетом районных коэффициентов) на медицинские услуги и ЛС, а также установленных перечней услуг и ЛС по ПГГ, создает условия для коррупции при оказании услуг населению и закупке ЛС.

3.2.10. Региональные различия в финансировании здравоохранения

Даже при минимальных по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (577 \$ППС против 2200 \$ППС) в 2007 г. в более 65% субъектов РФ (60 из 88) программа не была исполнена — недофинансирование по сравнению с федеральным нормативом составило 65,4 млрд руб. В 2008 г. объем дефицита ПГГ в 49 субъектах РФ составил 42,8 млрд руб. И эта проблема недофинансирования ПГГ наблюдается в большинстве субъектов РФ, ежегодно, начиная с 1999 г., что свидетельствует как о постоянной нехватке средств в субъектах РФ, так и о неэффективности существующего механизма выравнивания ПГГ из ФОМС и федерального бюджета.

Существуют также серьезные различия в уровне фактического финансирования ПГГ в разных субъектах РФ. По данным анализа Шишкина С.В. (2007), фактические среднедушевые расходы на ТПГГ разнятся в 4,2 раза между 10% самых бедных и 10% самых богатых регионов. Больше всего тратят на здравоохранение регионы с высоким ВРП, полученным в большинстве случаев за счет предприятий, добывающих полезные ископаемые, главным образом нефть и газ.

Вместе с тем, выявлена зависимость между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и уровнем смертности в

разных субъектах РФ¹ (рис. 28), причем прослеживается она с уровня подушевого финансирования более 4 тыс. руб. Это подтверждает тезис о необходимости увеличения финансирования здравоохранения в регионах России в 2–3 раза, чтобы достичь значения общего коэффициента смертности, равного 11, к 2020 г. В регионах с наиболее низкими расходами на здравоохранение (Брянской, Владимирс-

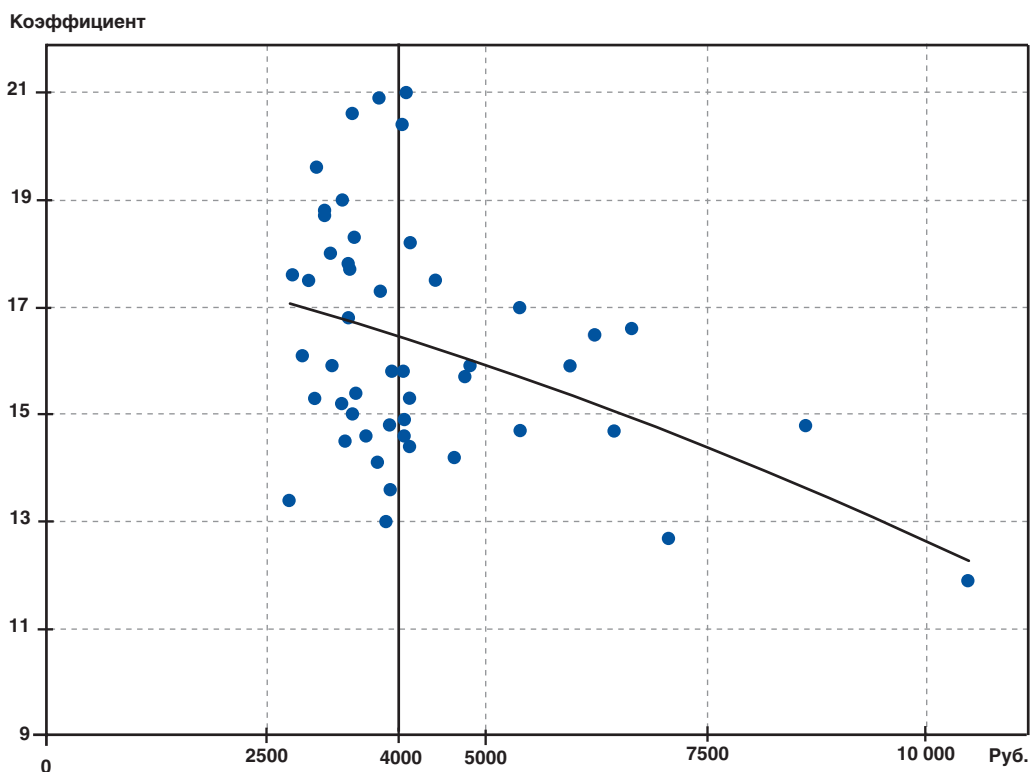


Рис. 28. Зависимость между подушевыми расходами и общим коэффициентом смертности в субъектах РФ (2007 г.)

¹ Для сравнения отобраны субъекты РФ со схожими климатическими условиями проживания и возрастной структурой населения из следующих федеральных округов: Приволжского, Центрального, Северо-Западного, Уральского и Южного.

кой, Ивановской, Костромской, Курской, Смоленской, Тамбовской, Тверской областях) наблюдаются самые высокие показатели смертности и самые низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни. Из рисунка 28 также видно, что уровень подушевого финансирования здравоохранения в регионе менее 4 тыс. руб. настолько мал, что он уже перестает влиять на общий коэффициент смертности в этом регионе. В монографии О.В. Андреевой и В.О. Флека (2006) также была установлена зависимость между уровнем финансирования медицинской помощи и основными демографическими показателями (смертность трудоспособного населения, ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность).

Таким образом, население, проживающее в «бедных» регионах с меньшими подушевыми расходами на здравоохранение, косвенно расплачивается более низкой ожидаемой продолжительностью жизни и более высокой смертностью относительно среднероссийских значений. Эта «бедность» вызвана как недостаточным финансированием здравоохранения за счет средств региона, так и несправедливым распределением финансовых ресурсов по ПГГ в результате неэффективной государственной политики по выравниванию финансового обеспечения ПГГ в субъектах РФ.

3.2.11. Неравенство в распределении бремени расходов на медицинскую помощь между различными группами населения

Вследствие недофинансирования здравоохранения из государственных источников (и соответственно низкой доступности «бесплатных» медицинских услуг) население вынуждено нести высокие расходы на медицинскую помощь из собственных средств (см. раздел 3.2.3). Аналогичная зависимость прослеживается и в субъектах РФ: чем меньше подушевые государственные расходы на финансирование здравоохранения, тем выше распространенность платных услуг (Шишкин С.В., 2003).

Сегодня в РФ богатые слои населения легко выходят победителями за ограниченные ресурсы системы здравоохранения, как оп-

лачивая взносы в систему здравоохранения по регрессивной шкале, так и легко оплачивая платные медицинские услуги из своих доходов. Такая ситуация складывается в результате несправедливого распределения денежных доходов среди населения РФ (см. рис. 18, раздел 2.4).

Сегодня в РФ 20% самых бедных семей тратят в 1,5 раза бóльшую долю из своих доходов (после вычета расходов на питание), чем 20% самых богатых. Из этого можно заключить, что в абсолютной величине 20% самых бедных семей на медицинскую помощь из своих доходов тратят в 15 раз меньше, чем 20% самых богатых¹. Это означает, что для 20% населения из самой бедной группы, которая тратит на питание до 2/3 своих доходов, остаются только две возможности: отдать за медицинскую помощь последние средства или просто не обращаться в медицинские учреждения. Все это свидетельствует, что в России нарушен принцип социальной солидарности, который имеет место во всех экономически развитых странах мира при оплате медицинских услуг.

Следствием такого неравенства становятся низкая доступность медицинской помощи для обделенных категорий населения и худшие показатели здоровья у них — по данным НОБУС², 20% самых бедных граждан в 1,6 раза чаще оценивали свое здоровье как «плохое» или «очень плохое», по сравнению с 20% самых богатых (Шишкин С.В., 2007).

Более того, за счет нелегитимных платежей население тратит на медицинскую помощь около 30 млрд руб. (Шишкин С.В., 2003). Это усиливает неравенство в доступности медицинской помощи для

¹ Этот показатель рассчитан по данным Независимого института социальной политики, где приведены средние доли расходов на лечение по пяти 20% группам населения от самых бедных до самых богатых. А распределение доходов между этими группами взяты из данных Росстата, 2009.

² НОБУС — Национальное обследование благосостояния и участия населения в социальных программах.

бедных, поскольку регулируется личными финансовыми предпочтениями руководителей учреждений и медицинских работников в пользу богатых.

Выводы по разделу «Система финансирования здравоохранения»

- ▶ Недофинансирование здравоохранения в РФ на протяжении последних 15 лет во многом обусловило ухудшение показателей здоровья населения. Без увеличения государственного финансирования до 1200 \$ППС в год (т.е. более чем в 2 раза) добиться заявленных руководством страны улучшений в показателях здоровья населения России **невозможно**.
- ▶ Наличие множества источников и распорядителей государственных средств приводит к наращиванию административных издержек и размывает ответственность за реализацию ПГГ.
- ▶ Существенные различия между финансовым обеспечением субъектов РФ по ПГГ и в бремени личных расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения свидетельствуют о нарушении принципа солидарности в России.
- ▶ Нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ недостаточны для обеспечения существующих потребностей населения в медицинской помощи, а преобладание расходов на стационарную помощь в ущерб амбулаторно-поликлинической не способствует оптимизации государственных расходов.
- ▶ Система распределения финансовых средств между поставщиками медицинских услуг неэффективна и не учитывает качество и результаты их работы. Отсутствие единой тарифной политики приводит к неоправданным издержкам и коррупции.
- ▶ СМО не мотивированы к повышению качества медицинских услуг и снижению издержек на медицинскую помощь.
- ▶ Многоканальность финансирования поставщиков медицинских услуг и отсутствие самостоятельности руководителей государственных

и муниципальных учреждений здравоохранения в управлении финансовыми средствами снижают их мотивацию к эффективному расходованию государственных средств и усложняют учет и отчетность.

3.3. Кадровые и материально-технические ресурсы системы здравоохранения и эффективность их использования¹

3.3.1. Структура и численность медицинских кадров

В 2007 г. число работников, занятых в здравоохранении, составляло 3,66 млн человек². Врачей всех специальностей было 707 тыс., или 5 врачей на 1000 населения. Обеспеченность³ врачами на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов (это необходимо для проведения международных сравнений) составила 4,3, что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения (рис. 29).

Однако в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР (см. раздел 1.2), поэтому тезис об избытке врачей в России является необоснованным.

Численность среднего медицинского персонала — 1,542 млн человек, или 10,8 на 1000 населения (рис. 30). Обеспеченность средним медицинским персоналом (без учета лаборантов и зубных врачей) в РФ превосходит страны ОЭСР на 15% и составляет соответственно 10,3 и 8,9 на 1000 населения. В странах ОЭСР при расчете этого показателя не учитывается число младших, менее квалифицированных

¹ В подготовке раздела использованы данные Росстата, 2008—2009.

² Без учета занятых в предоставлении социальных услуг, ветеринарной деятельности, производстве фармацевтической продукции и медицинской техники.

³ Обеспеченность рассчитывается как число физических лиц (медицинских работников), деленная на численность обслуживаемого населения на участке (территории) и умноженная на 10 тыс., т.е. в расчете на 10 000 жителей. В международной практике принято проводить сравнения на 1000 населения.

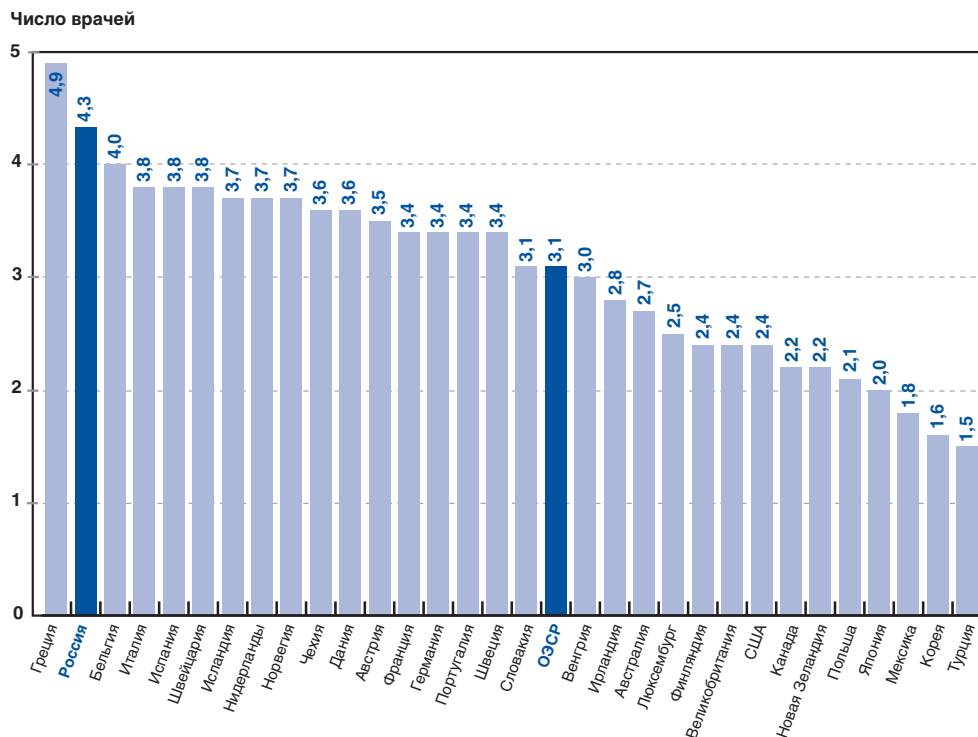


Рис. 29. Численность врачей на 1000 населения (2007 г.)

медицинских сестер, поэтому в реальности число квалифицированного среднего медицинского персонала в РФ может оказаться даже ниже, чем в этих странах.

Особо необходимо отметить, что **в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом значительно ниже, чем в среднем по РФ.** Для врачей она ниже почти в 4 раза (1,2 на 1000 человек, проживающих в сельской местности), а для медицинских сестер — ниже в 2 раза (5,5 на 1000 человек, проживающих в сельской местности).

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1 : 2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1 : 2,9 (рис. 31). Это неоптимальное соотношение в нашей стране необходимо

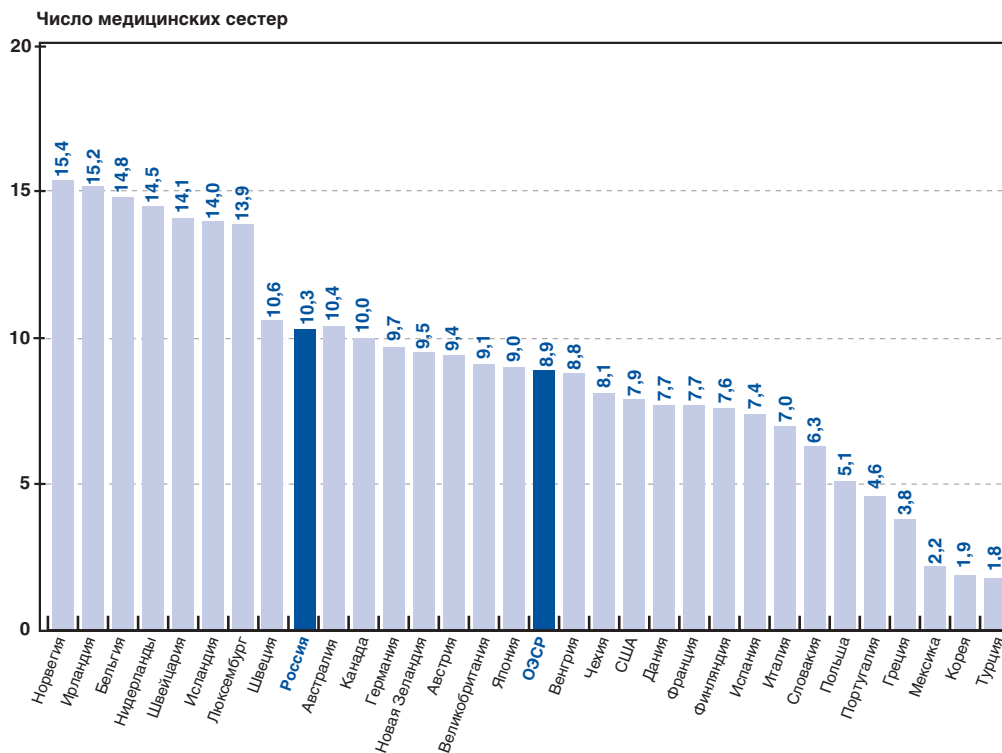


Рис. 30. Численность средних медицинских работников на 1000 населения

постепенно доводить до уровня развитых стран, что позволит врачам сконцентрироваться на выполнении своих основных функций. Для решения этой проблемы необходимо поэтапно увеличивать численность среднего медицинского персонала и оптимизировать его структуру.

В государственной системе здравоохранения наблюдается крайне неоптимальное соотношение между врачами первичного контакта (участковыми педиатрами и терапевтами, ВОП) и врачами-специалистами. Это отношение в РФ составляет 1 : 6¹ и выше, чем в странах ОЭСР, где оно равняется 1:2 (рис. 32).

¹ Рассчитано по врачам, работающим в государственной и муниципальной системе здравоохранения; в первичном звене, по данным Росздравнадзора, работает 73,4 тыс. врачей.

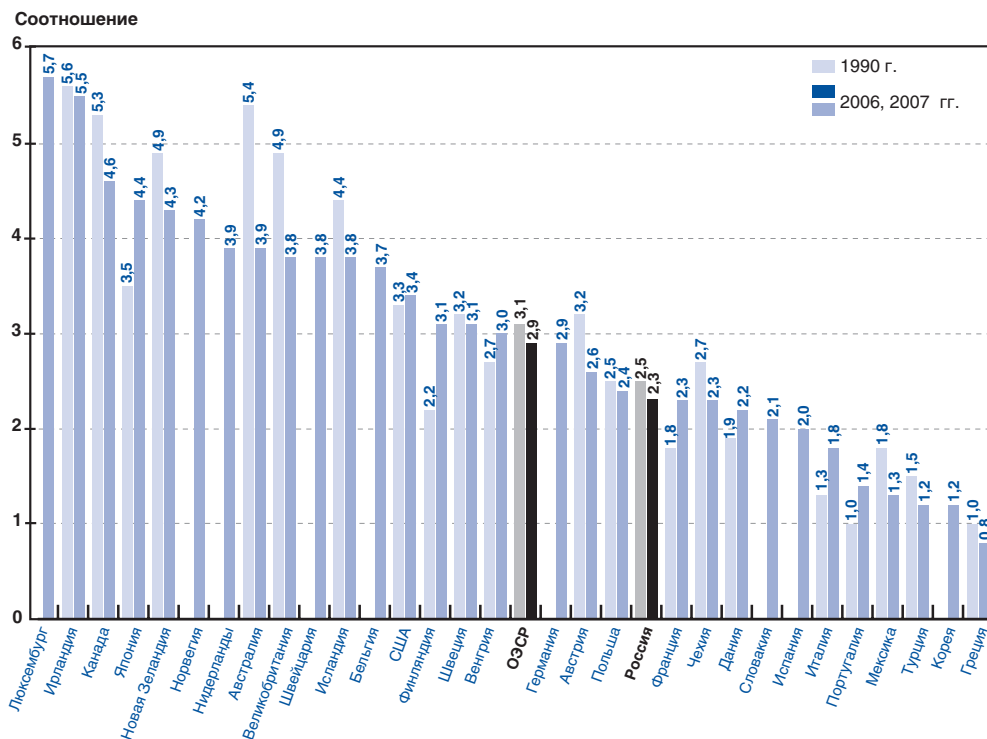


Рис. 31. Соотношение численности средних медицинских работников и врачей

Это означает, что обеспеченность врачами первичного контакта на 1000 человек в РФ в 1,7 раза ниже, чем за рубежом. Такая низкая обеспеченность в РФ усугубляется недостаточной укомплектованностью¹ участковыми врачами и ВОП; высоким коэффициентом совместительства (1,3)²; перегруженностью их бумажным документооборотом, участием в реализации программы ДЛО (ОНСЛ) и нехваткой медицинских сестер. Все это в условиях возросшей

¹ Дефицит медицинских кадров определяется на основании показателя укомплектованности штатных должностей, который рассчитывается как число занятых ставок, деленное на общее число ставок и умноженное на 100%.

² Коэффициент совместительства рассчитывается как отношение числа физических лиц к числу занятых этими физическими лицами должностей.

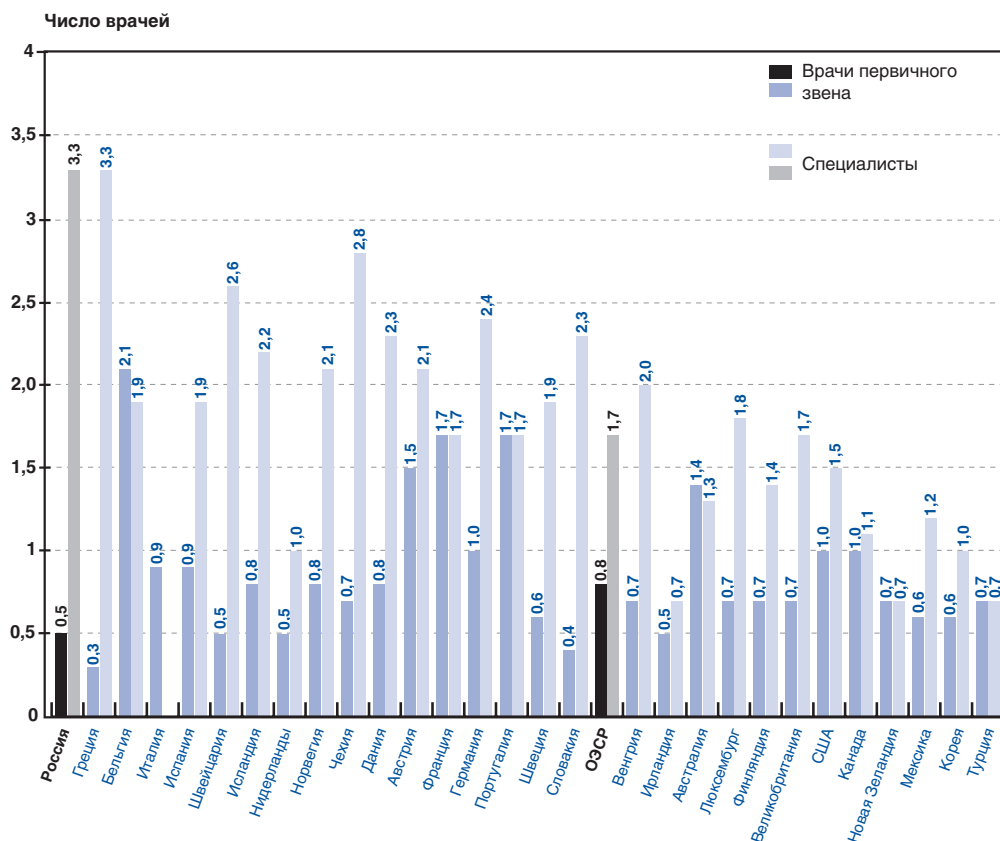


Рис. 32. Число врачей первичного звена: участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров, ВОП (семейных врачей) и врачей-специалистов на 1000 населения

заболеваемости приводит к большим очередям в амбулаторно-поликлинических учреждениях и снижению доступности первичной медико-санитарной помощи.

Одновременно возрастает и нагрузка на врачей, например, российский врач в амбулаторно-поликлинических условиях консультирует¹

¹ При сравнении учитываются консультации участковых врачей, ВОП, врачей-специалистов как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на дому.

в среднем 30 пациентов в день, а его коллега в странах ОЭСР — 10; это приводит к ухудшению качества медицинской помощи тем пациентам, которые все-таки попали к врачу на прием. Вместе с тем именно участковые врачи и ВОП должны нести основную ответственность за здоровье прикрепленного населения и организацию медицинской помощи пациентам. Следует отметить, что благодаря ПНП «Здоровье» ситуация в первичном звене несколько улучшилась (см. раздел 5.20), но по-прежнему остается неудовлетворительной.

По данным Минздравсоцразвития России (Медвестник, № 16, 2009), **сегодня в государственном и муниципальном секторах трудятся от 10 до 30% лиц в возрасте старше пенсионного и 50–60% — предпенсионного возраста.** С учетом того, что ежегодный выпуск медицинских вузов и училищ будет сокращаться из-за демографического провала (сегодня в РФ молодежи в возрасте 21 года в 2 раза больше, чем детей в возрасте от 5 до 14 лет), такая ситуация может привести к дефициту кадров в здравоохранении и необходимости использовать труд пенсионеров.

Несмотря на то что обеспеченность врачами в РФ в целом выше, чем в европейских странах, в государственной и муниципальной системе из-за низкой заработной платы и большой нагрузки по ряду врачебных специальностей (фтизиатры, врачи клинической лабораторной диагностики, анестезиологи-реаниматологи, патологоанатомы, рентгенологи, радиологи, онкологи) **имеется дефицит.** Всего на 1 января 2009 г. вакантных врачебных должностей было 66,3 тыс., из них трудно комплектуемых — не менее 20%¹. Следует отметить, что врачи частной системы здравоохранения в большинстве случаев не могут рассматриваться как резерв для государственной системы здравоохранения, так как в основном это специалисты по стоматологии, кожным болезням, урологии, офтальмологии и гинекологии.

¹ Трудно комплектуемые вакансии оценены экспертно: 8 тыс. вакансий на селе и 10 тыс. — в городских условиях из общих 66,3 тыс. вакансий.

Особенно острый дефицит кадров в сельской местности. Например, по данным Минздравсоцразвития России, в 9% врачебных амбулаторий и в 2% сельских участковых больниц ни одна врачебная должность не была замещена врачом¹. Это следствие того, что оплата труда медицинских работников, работающих в сельской местности, не компенсирует им худших бытовых условий проживания и большей сложности работы, по сравнению с городскими условиями.

Коэффициент совместительства, по данным Минздравсоцразвития России, среди медицинских работников в 2007 г. в среднем составил 1,4–1,6 (в первичном звене — 1,3), что говорит как о нехватке врачей ряда специальностей, так и о высокой интенсивности их труда. Совмещение в ряде случаев обусловлено низкой заработной платой медицинских работников, которые стремятся компенсировать ее за счет более высокой нагрузки.

3.3.2. Заработная плата и квалификация медицинских кадров

Сегодня престиж медицинской профессии — врача, медицинской сестры, фельдшера, научного работника, по оценкам самих медицинских работников, один из самых низких за историю здравоохранения в нашей стране. **Низкий престиж профессии и слабая мотивация к качественному труду медицинских работников обусловлены крайне низкой заработной платой**, которая не компенсирует им высокую ответственность, тяжелый и небезопасный труд.

Так, в 2008 г. среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников составила 13 тыс. руб., что в 1,3 раза ниже, чем в среднем по РФ, в 2,5 раза ниже, чем в добывающих отраслях промышленности, и в 1,6 раза — чем в государственном управлении. В Советском Союзе заработная плата медицинских работников была близка к средней зарплате по стране; а заработная плата врачей в странах ЕС сегодня, например в Германии, в 3–5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза — служащих (ВОЗ, 2004).

¹ Минздравсоцразвития России (2009), <http://medvestnik.ru/archive/2009/16/2239.html>

На рисунке 33 представлен коэффициент соотношения среднемесячной заработной платы медицинских работников и месячного валового внутреннего (или регионального) продукта в РФ в среднем, в странах ОЭСР и ряде субъектов РФ. Этот относительный показатель в среднем по РФ в 5 раз ниже, чем в странах ОЭСР, и, значит, нужно говорить о существенном недофинансировании медицинских работников в РФ.

Следует также отметить **слабую дифференциацию оплаты труда в зависимости от его интенсивности и результатов**, а также от квали-

Коэффициент

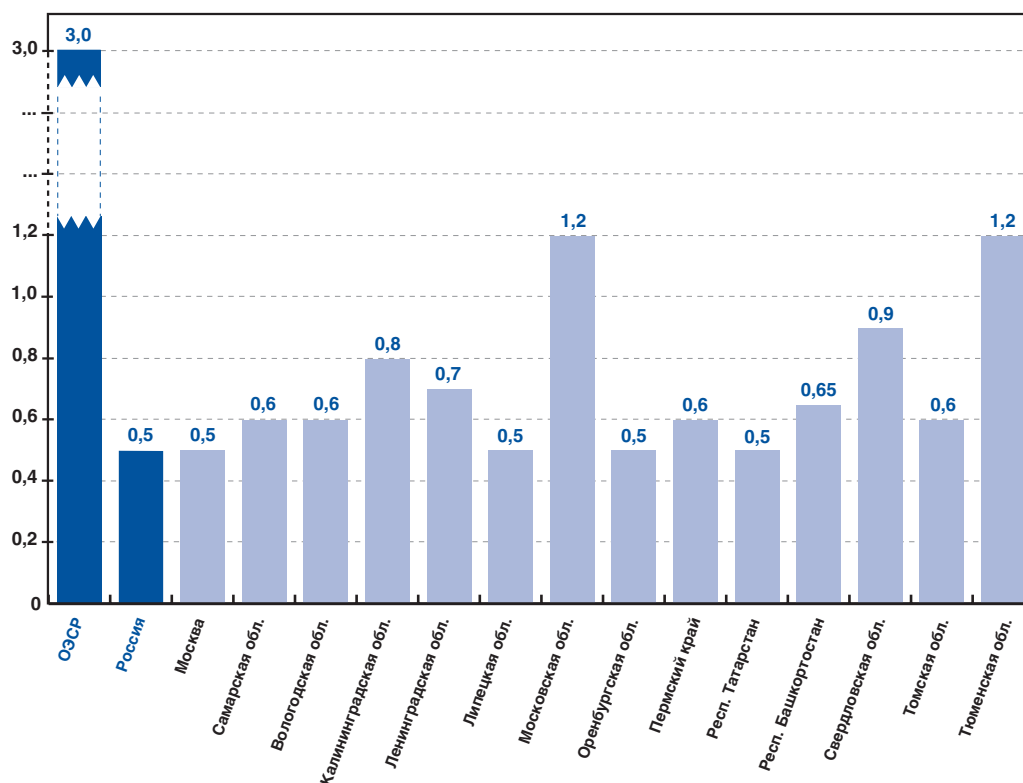


Рис. 33. Коэффициент соотношения средней номинальной начисленной заработной платы работников здравоохранения в месяц к подушевому месячному ВВП (ВРП)

фикации работника. Новая система оплаты труда, заменяющая Единую тарифную сетку, внедрена с декабря 2008 г. в бюджетных учреждениях системы здравоохранения¹. Эта система позволяет до 30% от ФОТ работников направлять на стимулирующие выплаты, которые устанавливаются коллективными договорами и соглашениями. Теоретически такая система оплаты труда более прогрессивна по сравнению с тарифной сеткой, но ее внедрение должно было сопровождаться нормативно-методическими документами, позволяющими объективно оценить труд работников различных специальностей и избежать в его оценке волюнтаризма руководителей. Более того, в условиях низкой заработной платы и отсутствия актуализированных нормативов интенсивности, объемов и качества труда медицинских работников в разрезе специальностей ставить более 30% объема оплаты труда работника в зависимость от решений руководителя учреждения просто опасно, так как может привести к еще большей их демотивации.

Введение новой системы оплаты труда в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения должно было предусматривать увеличение ФОТ на 30% (как это было предусмотрено для федеральных учреждений), но этого не произошло на практике из-за дефицита средств в ряде из них, что свело на нет попытку дифференцировать оплату труда.

Следует также обратить внимание на то, что штатные нормативы и квалификационные требования к персоналу не обновлялись более 20 лет.

¹ Постановление Правительства РФ № 583 от 5 августа 2008 г. «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

Дополнительными факторами, влияющими на низкую мотивацию медицинских работников, являются: большой объем бумажной работы, недостаточные возможности для непрерывного профессионального развития, отсутствие социальных льгот, а также неуважительное отношение к труду медиков со стороны общества в целом, включая СМИ и правоохранительные органы.

Все это обуславливает отток наиболее высококвалифицированных медицинских кадров в частные медицинские учреждения или другие отрасли экономики (преимущественно в фармацевтическую промышленность), а также недостаточный приток молодых кадров. Более того, из тех, кто окончил медицинский вуз, **около 45% не идут работать в учреждения государственной и муниципальной системы здравоохранения** (данные Минздравсоцразвития России).

Несмотря на то что врачей в РФ больше на душу населения, чем в среднем в развитых странах, качество медицинской помощи значительно ниже (см. табл. 8, стр. 172), что свидетельствует об их более низкой квалификации. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется и в том, что более 60% пациентов недовольны качеством медицинской помощи (ВЦИОМ, 2006).

Обусловлена эта проблема несовершенством базового и последипломного медицинского образования. В части базового медицинского образования — это низкая оплата труда профессорско-преподавательского состава, слабое материально-техническое обеспечение вузов, отсутствие новых технологий преподавания и др. Неэффективен контроль качества и соответствия современным требованиям медицинского образования (необходима актуализация стандартов и процедур проведения аккредитации и аттестации вузов).

Следует отметить также, что выпускники медицинских вузов слабо владеют практическими навыками (система обязательной последипломной подготовки слабо эффективна) и современной информацией по диагностике и лечению заболеваний, представленной в клинических рекомендациях профессиональных медицинских обществ.

В отличие от развитых стран, где медицинские работники обязаны ежегодно подтверждать свои знания и ежедневно использовать современные руководства на рабочих местах, российские врачи проходят курсы повышения квалификации 1 раз в 5 лет и зачастую лишены возможности пользоваться современными источниками информации на рабочих местах. Однако даже эти курсы, по данным Росздравнадзора (2008), около 15% врачей не проходят в положенные сроки. Ситуация усугубляется тем, что прохождение квалификации зачастую носит формальный характер и содержание образовательных программ не отвечает запросам практического здравоохранения. Более того, отсутствие дистанционных технологий преподавания приводит к тому, что врачам приходится почти на 2 месяца отрываться от практической работы.

Существенную роль в неудовлетворительной квалификации медицинских кадров играет также их низкая информационная обеспеченность. В медицинских организациях не созданы адекватные условия для обучения врачей без отрыва от практической деятельности: рабочие места не компьютеризированы; не обеспечен выход в Интернет; нет доступа на рабочих местах к клиническим рекомендациям профессиональных медицинских обществ, к электронным медицинским библиотекам и системам поддержки принятия клинических решений; в большинстве медицинских организаций отсутствуют медицинские библиотеки.

3.3.3. Сеть лечебно-профилактических учреждений и их материально-техническое оснащение

Общее число больничных коек в 2007 г. в РФ составило 1,55 млн, или 10,7 на 1000 населения. Из них число коек интенсивного лечения¹ на 1000 населения в РФ составляет 8 (без учета коек восстановитель-

¹ Под койками интенсивного лечения подразумеваются койки, требующие круглосуточного врачебного наблюдения за больным.

ного лечения и предназначенных для длительного ухода)¹; это один из самых высоких в мире показателей. В развитых странах эта величина в среднем равняется 3,9 (рис. 34).

Из общего числа всех больничных коек доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала, по разным оценкам, их общее число — менее 50 тыс., или 0,35 на 1000 населения. Оценить этот показатель трудно, так как в субъектах РФ эти койки не всегда учитываются отдельно от коек общетерапевтического профиля. Если рассчитывать обеспеченность восстановительными и

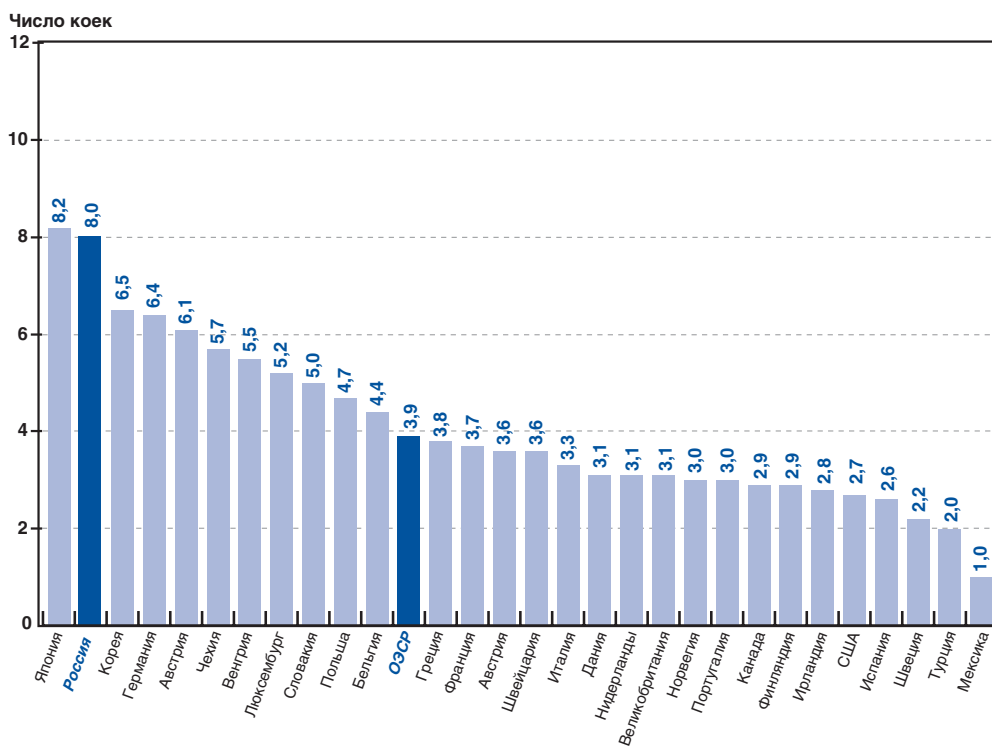


Рис. 34. Число коек интенсивного лечения на 1000 населения

¹ Общее число коек интенсивного лечения составляет 1,14 млн (без коек: общих, туберкулезных, наркологических, психиатрических и восстановительного лечения).

реабилитационными койками, включая койки санаторно-курортного лечения, то она составит 5,7 на 1000 населения. Но для того чтобы эти койки могли использоваться для целей реабилитации и восстановительного лечения пациентов, необходимо выделение дополнительных государственных средств.

Обеспеченность койками длительного ухода (включая койки для граждан пожилого возраста и инвалидов, в том числе детей-инвалидов) в РФ в 2 раза ниже, чем в странах ОЭСР (соответственно 4 и 8 на 1000 населения). Койки длительного ухода предназначены для пребывания пациентов, которые вследствие инвалидности или немощности по старости не способны к самообслуживанию. Эти койки включают: хосписные; для больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями; сестринского ухода; наркологические; туберкулезные и сестринские койки для граждан пожилого возраста и инвалидов. Потребность в этих койках в связи с возросшей долей пожилого населения будет расти и дальше (см. раздел 4.1). Что касается хосписных коек для терминальных онкологических больных, то их число просто недопустимо мало. Увеличение числа этих коек позволило бы облегчить страдания этой категории пациентов.

Следует отметить, что очень часто больные, нуждающиеся в восстановительном лечении и длительном уходе, занимают койки интенсивного лечения. Вместе с тем стоимость пребывания больных на койках интенсивного лечения в 1,5–2 раза дороже, чем на койках восстановительного лечения, а последние во столько же раз дороже, чем койки длительного ухода. Кроме того, по экспертным данным, до 30% больных, находящихся на стационарном лечении, могли бы вообще лечиться в амбулаторных условиях. Все это означает, что в здравоохранении не отлажена поэтапная система оказания медицинской помощи и не созданы условия для ее реализации. Например, чтобы койки интенсивного лечения использовались по назначению, необходимы доступная медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических условиях и доступные медицинские

услуги по восстановительному лечению и долговременному уходу как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Использование коек не по профилю, медленное внедрение высоких технологий в практику, а также неоптимальные нормативы оснащения¹ приводят к неэффективному использованию коечного фонда по сравнению с развитыми странами. В России в 2008 г. длительность пребывания больного на койке интенсивного лечения хотя и сократилась по сравнению с показателем 1990 г., но по-прежнему в 1,8 раза выше, чем в странах ОЭСР, и составляет 11,5 дня² (рис. 35).

Средние показатели оснащенности коечным фондом в стране загроушеывают ситуацию по резкому ухудшению обеспеченности койками в сельской местности. **За последние 12 лет обеспеченность коечным фондом сельского населения уменьшилась на 36%** (с 71,5 в 1995 г. до 51,9 в 2007 г. в расчете на 10 тыс. населения). Произошло это преимущественно за счет сокращения числа коек в районных и участковых больницах. Одновременно практически в 3,6 раза сократилось и число амбулаторно-поликлинических учреждений (с 9217 до 2506)³. Мощность этих учреждений в расчете на 10 тыс. населения за этот же период упала на 30%. **Все это вкупе с дефицитом кадров в сельской местности и увеличением заболеваемости населения существенно снижает доступность медицинской помощи сельским жителям.**

Серьезным недостатком является также изношенность основных фондов в государственных и муниципальных учреждениях. Амбулаторно-поликлинические учреждения, требующие капитального ремонта, составляют 23% от их общего числа, больничные учреждения

¹ Например, по данным Российского онкологического научного центра РАМН (2004), увеличение норматива оснащения операционными столами с 1 до 2 на 50 коек (при численности хирургов 1 на 7–8 больных) в хирургических клиниках позволило повысить пропускную способность в 2 раза, повысить качество лечения и в 2 раза сократить длительность койко-дня.

² Средняя длительность койко-дня на всех койках в 2008 г. составила 13,0.

³ Данные Росстата (2007) и Минздравсоцразвития (2008).

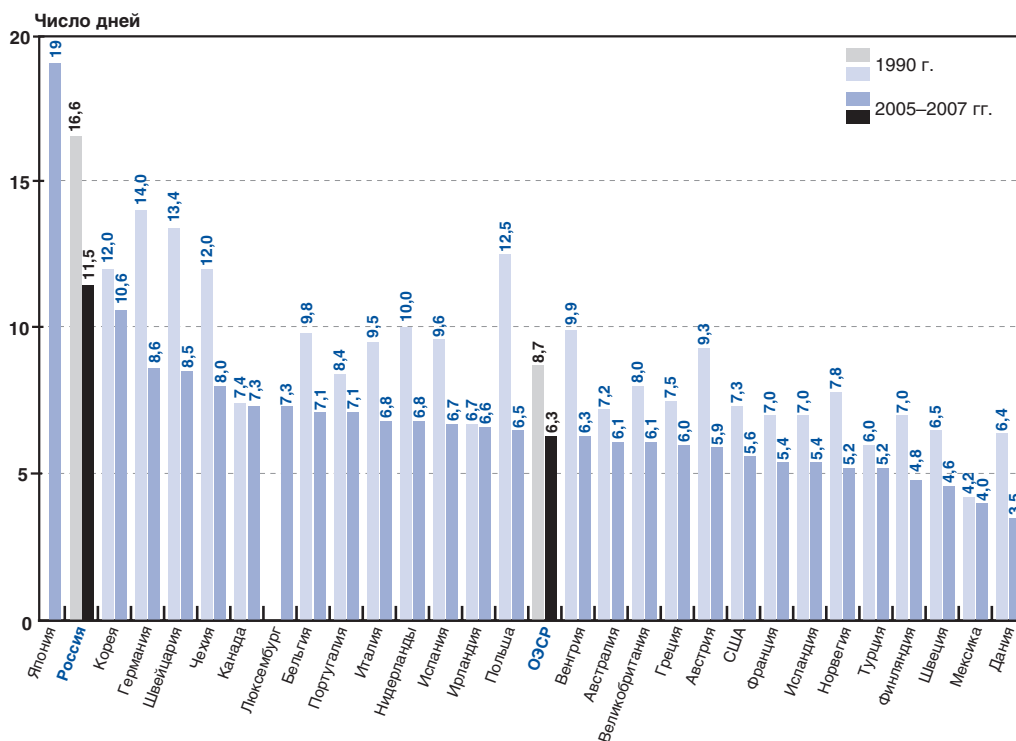


Рис. 35. Среднее число дней пребывания на койках интенсивного лечения в больничных учреждениях

и стационары — до 30%. В большинстве государственных учреждений не используются энерго- и теплосберегающие технологии и не отлажен контроль в этом направлении. Соответственно имеет место перерасход бюджетных средств на эти цели вместо использования их на оплату труда медицинских работников и закупки ЛС.

Имеет место недостаточная оснащенность медицинских организаций современным оборудованием. Например, по экспертным оценкам, в РФ эксплуатируется около 800 компьютерных томографов, т.е. обеспеченность составляет 5,6 томографа на 1 млн человек. Это почти в 4 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР, где этот показатель равняется 20,6 на 1 млн. Магнитно-резонансных томографов в расчете на 1 млн человек в РФ в 4,3 раза меньше, чем в этих странах;

маммографов — в 1,5 раза. Такая слабая материально-техническая оснащенность снижает качество и доступность диагностической и лечебной помощи пациентам (см. табл. 8, стр. 172).

Строительство инфраструктуры и материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения в субъектах РФ не происходит на основании единой долгосрочной программы, сбалансированной и обоснованной на федеральном уровне, в том числе в соответствии с едиными стандартами оснащения. В результате в одних субъектах РФ имеется переизбыток мощностей (а значит, их неэффективное использование), в других — существенный дефицит. В ряде случаев субъекты РФ, руководствуясь политическими амбициями и коррупционными интересами, инициируют строительство, которое не могут полностью финансово обеспечить за счет региональных бюджетных средств. В результате страдают другие статьи расходов на здравоохранение, в том числе заработная плата медицинских работников и лекарственное обеспечение населения. В настоящее время не разработаны стандарты и не контролируются показатели эффективности использования медицинского оборудования.

В результате в РФ по сравнению с развитыми зарубежными странами существенно ограничено использование современных методов лечения. Например, операции реваскуляризации на сердце (аортокоронарное шунтирование и ангиопластика коронарных артерий) применяются в РФ почти в 7 раз реже, чем в странах ОЭСР (соответственно 36,4 и 250 на 100 тыс. населения).

3.3.4. Информатизация здравоохранения

По данным ФГУ ЦНИИОИЗ¹, оснащенность рабочих мест врачей медицинскими информационными системами (МИС), в том числе электронными историями болезни (ЭИБ) и компьютеризированными сис-

¹ ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ» — Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

темами выписки рецептов, в учреждениях РФ составляет не более 8%, оснащенность медико-технологическими ИС — 14%. Этот показатель в развитых странах существенно выше, например в первичном звене в Великобритании и Нидерландах ЭИБ пользуются 90% врачей, в США и Канаде — 25% (СВО¹, 2008; NHS², 2006). Отдельной национальной программы информатизации здравоохранения в РФ нет. Соответственно нет ни единых стандартов, ни единых требований к хранению и передаче информации и разработке программного обеспечения в стране.

Усилия субъектов РФ и отдельных ЛПУ носят разрозненный характер и зависят от финансовой обеспеченности региона (учреждения) и степени информированности в этих вопросах руководителей. Имеющаяся компьютерная техника используется преимущественно для учета финансовой и хозяйственной деятельности медицинских организаций, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях — для учета программы дополнительного лекарственного обеспечения.

Инвестиции в установку МИС для большинства российских ЛПУ практически недоступны из-за отсутствия финансирования. Например, стоимость отечественных разработок комплексной МИС для ЛПУ, включая электронные истории болезни, составляет от 50 тыс. до 2 млн долл. (в среднем 300 тыс. долл.) на ЛПУ мощностью 150–200 рабочих мест. Цены на программное обеспечение иностранных производителей примерно такие же, но требуется адаптация этих программ к российским организациям.

3.3.5. Организация и деятельность медицинской науки

Медицинская наука представлена в РФ Российской академией медицинских наук (РАМН), научно-исследовательскими институтами системы РАМН и Минздравсоцразвития России, кафедрами вузов. Основной проблемой развития российской медицинской науки является недофинансирование научных разработок. Например, государственным

¹ СВО — Congressional Budget Office (офис Конгресса США по бюджету).

² NHS — National Health Service (Национальная служба здравоохранения).

ные расходы (средства РАМН, РАН) на медицинскую науку (включая медико-биологические науки, исследования в клинической и профилактической медицине) в 2007 г. составили 7,2 млрд руб. (Министерство образования и науки, 2009). Всего на медицинскую науку из всех источников финансирования было потрачено 8,9 млрд руб., что составляет 2,4% от общего финансирования науки в РФ (371,1 млрд руб.). Доля финансирования всей науки в ВВП составляет 1,12%, из них медицинских наук — 0,03% ВВП. В развитых странах эти показатели гораздо выше и составляют соответственно 2,5–3% ВВП для всей науки и 0,2–0,3% ВВП — для медицинской. Например, в Китае доля финансирования медицинской науки составляет 0,3% ВВП или 20% от всех расходов на научные исследования и разработки (Chen Z., 2008); что позволило китайским ученым за последние 10 лет разработать и внедрить в практику около 100 новых лекарственных средств.

Другой важной проблемой является низкая заработная плата научных работников, в 2007 г. она составила столько же, сколько и в среднем в экономике — 14–15 тыс. руб. в месяц, что существенно снижает мотивацию молодых кадров к занятиям наукой. В советское время оплата труда научных работников была в 2–4 раза выше, чем в среднем в экономике в зависимости от научной степени и звания. Занятие наукой считалось престижным делом.

Следует отметить устаревшую материально-техническую базу российской медицинской науки, размытость приоритетов, медленное внедрение результатов в практику и слабый инновационный потенциал медицинской науки¹. Также следует иметь в виду

¹ Инновационная деятельность — это вид деятельности, связанный с трансформацией идей (обычно результатов научных исследований и разработок либо иных научно-технических достижений) в технологически новые или усовершенствованные продукты или услуги, внедренные на рынке, в новые или усовершенствованные технологические процессы или способы производства (передачи) услуг, использованные в практической деятельности. Инновационная деятельность предполагает целый комплекс научных, технологических, организационных, финансовых и коммерческих мероприятий, и именно в своей совокупности они приводят к инновациям (Министерство образования и науки РФ, 2009).

недостаточно активную позицию научного медицинского сообщества. Например, с 1995 г. от него не поступило никаких предложений, оформленных в виде программного документа по системному реформированию отрасли. Не было привлечено внимания к охране здоровья населения; не уделялось должного внимания научным исследованиям в области влияния алкоголизма и табакокурения на здоровье населения. Исключение составляют два важных документа национального уровня: «Здоровье работающих в России», разработанный Институтом медицины труда под руководством акад. РАМН Н.Ф. Измерова (2006), и «Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации на 2006–2010 гг.», подготовленная под руководством акад. РАМН А.А. Баранова. К сожалению, предложения, содержащиеся в этих документах, не реализованы в полной мере. Во многом такое положение связано со слабым взаимодействием с Минздравсоцразвития России, отсутствием государственного заказа со стороны отрасли.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Кадровые и материально-технические ресурсы здравоохранения»

- ▶ **Главная проблема кадрового обеспечения в РФ — низкие заработные платы медицинских работников**, которые обуславливают отток кадров из отрасли и дефицит по ряду ключевых специальностей. Ситуация усугубляется тем, что в отрасли трудятся 30% лиц пенсионного и 50% лиц предпенсионного возраста, а демографический кризис приведет к резкому снижению числа выпускников вузов в период 2010–2023 гг. **Все это может привести к существенному дефициту медицинских кадров в ближайшее десятилетие.**

Низкая квалификация медицинских кадров обусловлена несовершенством системы базового и последипломного медицинского образования и недостаточной информационной обеспеченностью на рабочих местах.

Наблюдаются дефицит участковых врачей и ВОП и переизбыток врачей-специалистов. Имеет место нехватка среднего медицинского

персонала. Особенно низкая обеспеченность медицинскими кадрами наблюдается в сельской местности.

Для сохранения кадрового потенциала в Стратегии должны быть предусмотрены меры по повышению заработной платы работников здравоохранения и поднятию престижа профессии; по внедрению системы непрерывного медицинского образования; по регулированию структуры медицинских кадров и их оптимального распределения.

- ▶ **В РФ нет избытка коечного фонда, а имеет место неоптимальная, устаревшая (не отражающая изменившихся технологий лечения пациентов и потребностей в медицинской помощи) его структура:** избыток коек интенсивного лечения в 2 раза, недостаток коек длительного ухода и коек восстановительного лечения в 2 раза (санаторно-курортные койки мало доступны из-за нехватки средств и удаленности учреждений). Этот серьезный недостаток приводит к неэффективному использованию ресурсов отрасли и снижает доступность медицинской помощи пациентам.

За последние 13 лет произошло резкое ухудшение обеспечения коечным фондом сельского населения страны (на 36% в расчете на 10 тыс. населения). Наблюдается общая изношенность основных фондов учреждений в ряде субъектов РФ; недостаточное и несбалансированное в разрезе субъектов РФ оснащение современным дорогостоящим оборудованием.

В Стратегии здравоохранения должны быть предусмотрены меры по перепрофилированию коечного фонда и по организации потоков пациентов на эти койки. По каждому виду коек (интенсивного, восстановительного лечения и длительного ухода) должны быть актуализированы нормативы штатной численности, нагрузки на медицинский персонал, стандарты оснащения и стандарты лечения. Обновление инфраструктуры учреждений должно проходить по единому долгосрочному плану, сбалансированному в разрезе субъектов РФ и с учетом долгосрочных потребностей населения в медицинской помощи. Также должен быть организован систематический контроль над эффективностью использования дорогостоящего оборудования и должны применяться энерго- и теплосберегающие технологии.

Имеется низкая оснащенность государственных и муниципальных ЛПУ МИС, что препятствует оптимизации документооборота и учета данных о лечении пациентов.

Недофинансирование медицинской науки и слабое взаимодействие РАМН и Минздравсоцразвития России приводят к снижению инновационного потенциала отрасли.

3.4. Организация медицинской помощи населению

3.4.1. Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению РФ

Ключевыми проблемами ПГГ является ее недостаточное финансирование (см. разделы 3.2.1 и 3.2.2); несправедливое распределение ресурсов между субъектами РФ (см. раздел 3.2.10) и несоответствие устаревших нормативов объемов медицинской помощи возросшим потребностям населения, росту заболеваемости и смертности (см. раздел 3.2.7).

Другой существенной проблемой в реализации ПГГ является ее **неопределенность**, т.е. отсутствие четких границ между гарантированными и негарантированными медицинскими услугами. В результате в ситуации недофинансирования программы и при одновременном разрешении государственным медицинским организациям взимать плату за медицинские услуги¹ возникают условия для коррупции со стороны медицинских работников. Анализ показывает, что достичь четкой определенности ПГГ затруднительно, тем не менее механизмы решения этой проблемы имеются (см. разделы 5.7 и 5.8).

Также ПГГ не предусматривает лекарственного обеспечения за счет государственных средств в амбулаторных условиях всех категорий населения (сегодня это обеспечение получают только отдельные группы населения, имеющие право на получение государственных

¹ Постановление Правительства РФ № 27 от 13.01.96 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

социальных услуг). Расширение программы государственного лекарственного обеспечения позволило бы более эффективно оказывать медицинскую помощь в амбулаторных условиях и уменьшить необходимость в дорогостоящем стационарном лечении.

Несмотря на то что ПГГ утверждается постановлением Правительства РФ ежегодно в течение 10 лет, только в 2009 г. появилось требование об отчетности по качественным показателям (смертность и заболеваемость населения). До этого в отчетах анализировались только объемные показатели и исполнение финансовых нормативов. Однако в этом постановлении не предусмотрены ни порядок, по которому должен проводиться анализ показателей качества ПГГ, ни ответственность за их неисполнение, ни механизмы исправления. Без законодательного закрепления этих требований отчетность ПГГ по качественным показателям будет чистой формальностью. Так, например, сейчас и происходит с показателями исполнения ПГГ в субъектах РФ. Ежегодно констатируется дефицит ПГГ по исполнению финансового норматива в большей части субъектов РФ, а мер никаких не принимается (см. раздел 3.2.10).

3.4.2. Ориентированность на нужды и оправданные ожидания пациентов

В РФ, по данным опросов ВЦИОМ (2007), только 31% пациентов удовлетворены качеством бесплатной медицинской помощи, в странах ОЭСР — в среднем 70%. Российскому пациенту при оказании медицинской помощи часто приходится сталкиваться с элементарными невежливостью, невниманием медицинского персонала. Условия оказания медицинской помощи во многих государственных и муниципальных медицинских учреждениях не соответствуют ожиданиям пациентов: длинные очереди в поликлиниках; убогие, годами не ремонтировавшиеся помещения; многоместные палаты без должных санитарных условий. Например, в 8% учреждений здравоохранения отсутствует водопровод, в 32% — горячее водоснабжение, в 11% — канализация (Росстат, 2008).

Право пациентов на получение информации о возможных вариантах лечения, качестве предоставляемых медицинских услуг и

правилах здорового образа жизни **практически не реализовано**. У перегруженного российского врача не хватает времени для беседы с пациентом, а также отсутствуют современные обучающие материалы по медико-санитарному просвещению. Пациенту в РФ фактически не обеспечено право на качественную и безопасную медицинскую помощь, поскольку отсутствует анализ качества и безопасности медицинских услуг в том объеме, который позволил бы достоверно судить об этих характеристиках медицинской помощи.

Право на выбор лечащего врача, медицинского учреждения и страховой медицинской организации для пациента формально существует, но в полной мере не может быть реализовано, так как публичная и понятная пациентам информация о качестве услуг отсутствует. Следует отметить, что право на выбор лечащего врача и медицинского учреждения в рамках ограниченных общественных ресурсов и в целях их экономии **должно быть ограничено** направлениями участковых врачей и договорными условиями страхователя. Полная свобода в выборе может быть реализована только за счет собственных средств пациента или ДМС; по программе ОМС пациент должен обращаться на более специализированные уровни лечения только по направлению врача первичного контакта.

Причинами неудовлетворительного соблюдения интересов пациентов являются:

- 1) недофинансирование системы здравоохранения и соответственно плохая материально-техническая база и недостаточная мотивация к качественному труду медицинских работников;
- 2) отсутствие контроля за соблюдением этических норм медицинскими работниками и санкций со стороны органов управления здравоохранением и по надзору в здравоохранении при их нарушении;
- 3) недостаточная квалификация медицинских кадров;
- 4) слабая ответственность самих пациентов по отношению к собственному здоровью;
- 5) неразвита практика отстаивания пациентами своих интересов.

Самой серьезной для российского пациента проблемой является отсутствие уверенности в том, хватит ли ему денег для оплаты необходимого лечения. В результате многие просто не обращаются за медицинской помощью на тех стадиях болезни, когда еще можно сохранить здоровье и жизнь. Отсюда — плохие показатели здоровья, высокая смертность от управляемых причин и низкая удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи.

3.4.3. Система организации медицинской помощи населению

Существующая система организации медицинской помощи во многом сохранила черты, характерные для системы Н.А. Семашко (см. раздел 3.1). Например, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 584 от 4 августа 2006 г. «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» сохранен сам **участковый принцип**.

Вместе с тем некоторые другие ее принципы оказались под угрозой, например принятие федеральных законов о разграничении полномочий (см. раздел 3.5.2) существенно подорвало единство и вертикальную интегрированность системы здравоохранения, усложнило финансирование медицинских учреждений, а в ряде случаев нарушило сложившийся порядок оказания медицинской помощи.

Согласно этим законам полномочия по организации существующих видов медицинской помощи: первичной медико-санитарной; скорой, в том числе скорой специализированной; специализированной, в том числе высокотехнологичной, и их финансированию были разделены между властными уровнями (местного самоуправления или муниципальной, региональной и федеральной). Соответствующими полномочиями были наделены и медицинские организации, находящиеся в федеральной, региональной и муниципальной собственности.

Организация первичной медико-санитарной и скорой помощи стала обязанностью преимущественно местного уровня и соответственно должна оказываться в учреждениях, содержание которых обеспечивается из бюджета этого уровня. Организация скорой специализиро-

ванной и специализированной помощи была отдана на региональный уровень, соответственно и оказание этих видов помощи в ЛПУ регионального уровня. Организация и финансирование высокотехнологичной помощи стали ответственностью преимущественно федерального уровня. Все это нашло отражение в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 633 от 13 октября 2005 г. «Об организации медицинской помощи».

Логику такого разделения понять можно — более специализированные и соответственно более дорогостоящие виды медицинской помощи были отданы на более высокий уровень управления. Но на практике это искусственное разделение, во-первых, обусловило **значительное снижение доступности первичной медико-санитарной помощи в субъектах РФ** из-за низкой бюджетной обеспеченности большинства муниципалитетов.

Во-вторых, **нарушило сложившийся порядок организации медицинской помощи в регионах**: распределение видов медицинской помощи по ЛПУ (соответственно, уровень их оплаты) стало определяться не их возможностями оказывать эти виды помощи, а бюджетной принадлежностью (муниципальной, региональной, федеральной). Более эффективно это распределение должно было проводиться в зависимости от стандартов оснащения и уровня квалификации персонала ЛПУ. Например, оказалось, что некоторые муниципальные больницы, имеющие уровень оснащения и квалификацию персонала не хуже областных и федеральных, не могут участвовать в организации специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, так как по вышеуказанному приказу в них может быть организована только первичная медико-санитарная помощь¹. Соот-

¹ Оказание специализированной медицинской помощи не имеет законодательного отражения ни в полномочиях субъектов РФ, ни в полномочиях органов местного самоуправления. Соответственно оказание специализированной помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения остается без законодательного закрепления основания финансирования (Герасименко Н.Ф., 2008).

ветственно в таких муниципальных учреждениях не может быть размещено государственное задание по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет регионального или федерального бюджета. Такое искусственное разделение консервирует сложившиеся технологии оказания медицинской помощи в ЛПУ, демотивирует их к внедрению современных высоких технологий и не позволяет выполнять современные стандарты лечения пациентов.

В-третьих, **оказание различных видов медицинской помощи одним и тем же больным иногда сложно разделить**. Например, при разграничении полномочий получилось, что первичная медико-санитарная помощь больным туберкулезом и кожно-венерическими заболеваниями оплачивается из местных бюджетов; а специализированная медицинская помощь этим же больным оплачивается из средств регионального бюджета. В ряде случаев содержание и объем услуг, оказываемых специалистами по каждому из этих видов помощи схожи, а оплачиваются по разным тарифам, что демотивирует тех из них, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь. Более того, специализированные учреждения находятся чаще всего в областном центре, что существенно снижает доступность этой помощи для жителей отдаленных районов.

В-четвертых, **это нововведение существенно усложнило систему финансирования и отчетности ЛПУ** — в одно учреждение стали приходить средства не только по 2 каналам (ОМС и бюджет), как ранее, а сразу по нескольким, в зависимости от вида медицинской помощи и источника финансирования. Причем каждый из них требует отдельной отчетности. Например, в Центральной районной больнице это могут быть следующие 7 каналов оплаты (без предпринимательской деятельности):

- скорая медицинская помощь прикрепленному населению из средств муниципального района;
- первичная медико-санитарная помощь больным туберкулезом и кожно-венерическими заболеваниями из средств муниципального района;

- первичная медико-санитарная помощь прикрепленному населению из средств ОМС по 5 статьям;
- родовые сертификаты из средств ФСС;
- обеспечение деятельности учреждения из средств муниципального района;
- оплата дополнительной медицинской помощи из средств регионального бюджета (с 2006 г.);
- государственная социальная помощь отдельным категориям граждан по обеспечению ЛС за счет средств регионального бюджета (с 2006 г.).

Последние 2 вида медицинской помощи финансируются из федерального бюджета, который передал эти полномочия региональному уровню совместно с субвенциями.

И наконец, разграничение полномочий по организации и финансированию медицинской помощи вкуче с неподготовленностью руководящих кадров отрасли к эффективному управлению и распределению потоков пациентов обусловило **перекосы в организации медицинской помощи на местах**.

Широкая доступность амбулаторно-поликлинической помощи, которая была в Советском Союзе, ослаблена дефицитом кадров в первичном звене здравоохранения (участковых врачей, ВОП, среднего медицинского персонала), недостаточными материально-техническими возможностями для диагностических и лабораторных исследований, отказом от социальной поддержки медицинских работников на селе, а также увеличением нагрузки на врачей.

Так, повышение уровня общей заболеваемости с 1990 по 2007 г. на 38,7% (см. раздел 1.2.1), сокращение мощностей производственной медицины и числа школьных врачей (которые раньше частично снимали нагрузку с поликлиник путем обслуживания работников крупных предприятий и школьников); а также реализация программы ДЛО (ОНЛС) существенно повысили нагрузку на поликлиники. Поэтому приказ Министерства здравоохранения и социального раз-

вития Российской Федерации № 765 от 7 декабря 2005 г. «Об организации деятельности врача-терапевта участкового», в котором описаны его функции, невозможно реализовать в полной мере. А рекомендованный норматив численности прикрепленного населения (приказ Минздравсоцразвития России № 584 от 4 августа 2006 г.)¹ очень часто превышает. Особенно снижение доступности этого вида помощи сказалось на жителях сельской местности, где число амбулаторно-поликлинических учреждений с 1995 по 2007 г. уменьшилось в 3,6 раза, а их мощность (число посещений в смену в расчете на 10 тыс. человек) сократилась на 30%, хотя число сельских жителей за этот период мало изменилось, а общая заболеваемость возросла (см. раздел 3.3.3).

Профилактическая направленность медицинской помощи также подорвана перегруженностью врачей первичного звена здравоохранения и низкой мотивацией медицинских работников к оказанию этого вида помощи.

Координация медицинской помощи врачами первичного звена также недостаточно эффективна. Например, они зачастую (в 30% случаев) направляют пациентов к «узким» специалистам и в стационар, в то время как лечение можно было организовать на уровне первичного звена. Наблюдение за пациентами и оказание помощи на дому ухудшились из-за недостатка среднего медицинского персонала и автотранспорта. Информация о лечении пациентов в стационарных условиях не всегда поступает к участковым врачам и ВОП в полном объеме. Низкая информатизация системы — дополнительное препятствие для эффективной координации и организации преемственности медицинской помощи пациентам (см. раздел 3.3.4).

Оздоровительная и восстановительная составляющие медицинской помощи также недостаточны из-за сокращения доступности бесплатных реабилитационных и санаторно-оздоровительных услуг населению.

¹ «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

Что касается стационарной медицинской помощи, то отсутствие четкого разграничения между койками интенсивного и восстановительного лечения, а также между койками длительного ухода приводит к удлинению сроков пребывания пациента в стационаре и неэффективному расходованию ресурсов здравоохранения. В целом **недостаточно используются современные технологии для диагностики и лечения пациентов в стационаре**, в том числе малоинвазивные, не требующие длительного пребывания пациента. В случае же внедрения малоинвазивных технологий встает вопрос, где и кем больные будут наблюдаться в процессе долечивания. Сегодня система организации медицинской помощи не готова к адекватному обеспечению услуг долечивания ни в стационарных, ни в амбулаторных условиях. Не разработаны перечень услуг для этих видов помощи, стандарты оснащения, стандарты лечения и порядок направления пациентов и, что очень важно, не предусмотрено достаточного финансирования.

Направление пациентов на высокотехнологичные уровни медицинской помощи затруднено из-за низкой финансовой обеспеченности этих видов помощи (недостаток квот). Следует отметить, что объемы финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП) с 2006 по 2009 г. выросли в 2,8 раза, а число пациентов, которым предоставляются ВТМП, — в 1,7 раза (Минздравсоцразвития России, 2008)¹. Однако точно определить, сколько дополнительно нужно сделать таких вмешательств в РФ, сложно, так как учет числа нуждающихся в субъектах РФ не отлажен.

Медицинская помощь больным, нуждающимся в длительном уходе вследствие инвалидности или немощности по старости организована в РФ неудовлетворительно. Число коек в домах сестринского ухода, домах-интернатах, хосписах, а также коек для пациентов, страдающих

¹ Доклад заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ Р.А. Хальфина «Перспективы реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи».

хроническими психическими заболеваниями, крайне недостаточно для обеспечения этих услуг, причем необходимость в них вследствие старения населения будет только увеличиваться (см. раздел 3.3.3). Не развито обеспечение этих услуг и в амбулаторных условиях, не организовано сотрудничество с социальными работниками.

Доступность медицинской помощи работникам промышленных предприятий кардинально уменьшилась из-за сокращения числа медико-санитарных частей, цеховых врачебных участков, врачебных и фельдшерских здравпунктов на предприятиях, а также из-за низкой доступности амбулаторно-поликлинической службы по месту жительства. Особенно это касается профилактической составляющей, направленной на предупреждение и раннее выявление заболеваний, в том числе профессиональных. В результате значительно ухудшились показатели здоровья трудоспособного населения (см. раздел 1.2.2). Программа диспансеризации работающего населения, проводимая с 2006 г., частично решает вопрос с ранним выявлением заболеваний, но не решает вопрос доступности медицинской помощи для тех категорий населения, которые нуждаются в дальнейшем наблюдении и лечении, а их 76% из всех обследованных (ФОМС, 2009).

Порядки и стандарты медицинской помощи. В 2008 г. Минздравсоцразвития были приняты 2 приказа, направленные на упорядочивание организации медицинской помощи населению: № 410-н от 11 августа 2008 г. «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» и № 564 от 15 октября 2008 г. «Об утверждении Комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по рассмотрению порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

Направленность этих приказов в части «порядков» правильная — навести порядок с организацией медицинской помощи по ее видам

(в разрезе профилей), а именно описать: этапы оказания медицинской помощи; положения о деятельности медицинской организации (структурного подразделения и врача) в части оказания данного вида помощи; примерный табель оснащения и рекомендуемые штатные нормативы для оказания данного вида помощи.

Однако целый ряд позиций данных приказов **в части порядков** вызывает вопросы:

► Утверждением порядков и стандартов занимается Комиссия, в состав которой вошли только одни чиновники, кроме одного — руководителя академического клинического учреждения. Представляется целесообразным ввести в состав этой Комиссии организаторов здравоохранения, например руководителей органов управления субъектов РФ (или их заместителей) и руководителей крупных учреждений здравоохранения, уже имеющих положительный практический опыт по данному вопросу.

► Почему надо дожидаться чьих-то «предложений по порядкам» для их рассмотрения. Эта работа должна проводиться целенаправленно по календарному плану-графику, причем по каждому направлению должны быть созданы подкомиссии.

► Работа по разработке «порядков» должна быть взаимосогласована с другими направлениями по организации медицинской помощи, а именно с созданием условий для реализации этих порядков. Например, необходимо увеличить число врачей в первичном звене здравоохранения; снизить их нагрузку; развернуть дополнительные койки для восстановительного лечения и реабилитации, а также для длительного ухода; выделить дополнительные средства на лечение пациентов в санаторно-курортных условиях и многое другое. В противном случае даже самый правильный «порядок» не будет реализован на практике и проведенная работа будет бессмысленной.

► Сам приказ выполняется плохо. Через год с момента его подписания утвержден только один «порядок» по оказанию медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения

(приказ Минздравсоцразвития России № 14399 от 23 июля 2009) и ни одного стандарта медицинской помощи, хотя предусмотренное время для их подготовки — около 2 месяцев (п. 6 и п. 7 приказа № 564).

Относительно **разработки стандартов**, которая регламентируется вышеуказанными приказами, можно заметить, что в целом стандарты медицинской помощи, конечно, необходимы. Но вот для каких целей, кем и как они должны разрабатываться стандарты, следует разъяснить более детально:

► Необходимо дать определение стандарта и указать цели его применения. Во всем мире под стандартами медицинской помощи (клиническими рекомендациями) понимают документы рекомендательного характера, позволяющие врачу наиболее рационально (т.е. строго по показаниям, без излишних назначений и с учетом противопоказаний) применять медицинские технологии (диагностические, лечебные и др.). Цель этих документов — улучшить качество медицинской помощи и снизить непроизводительные издержки на ее оказание. Следует отличать стандарты от медико-экономических стандартов, которые предназначены для целей расчета стоимости лечения заболеваний (см. раздел 5.8 и приложение 5).

► Структура стандартов, указанная в приказе, более служит целям экономическим, а не клиническим, поэтому правильнее было назвать эти документы ограничительными стандартами. На рисунке 36 представлена структура клинических рекомендаций и ограничительных стандартов медицинской помощи.

► В состав Комиссии по утверждению стандартов должны входить специалисты и руководители профессиональных медицинских обществ, а не чиновники (причем разработка должна происходить в междисциплинарных группах). Во всем мире разработка стандартов — дело профессиональных медицинских обществ и их прямая обязанность. Государство может принимать в этом участие, но для ускорения организации работ и установления единых правил (так, например, происходит в Великобритании в государственном

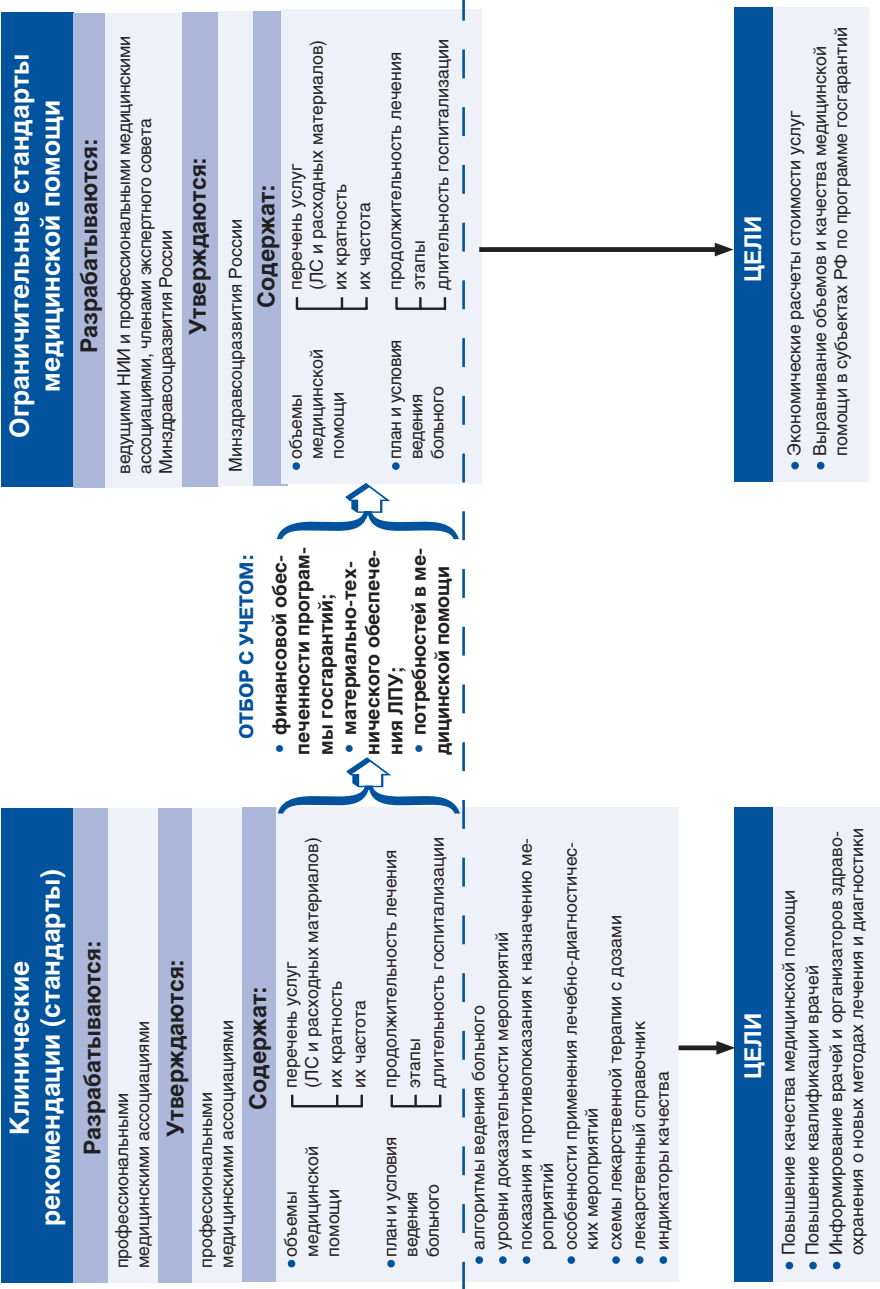


Рис. 36. Структура, цели и соотношение клинических рекомендаций и ограничительных стандартов

Институте по разработке клинических рекомендаций — National Institute of Health and Clinical Excellence). По российскому же приказу получается, что окончательное решение по тому, как лечить и какие лекарства назначать, принимают только чиновники (а их профессиональный уровень и интересы далеко не всегда отражают наиболее оптимальную точку зрения).

▶ Недостаточно четко прописана процедура разработки стандартов. Вместе с тем существуют международные рекомендации по этому вопросу (AGREE, 2005)¹, которые и должны были найти отражение в этом приказе.

Следует иметь в виду, что жесткая регламентация порядков и способов лечения пациентов может привести врачей к упрощенным подходам к лечению. Врачи могут, не задумываясь, применять медицинские технологии («все же прописано»), а пациенты — необоснованно требовать назначения ЛС, которые им, например, противопоказаны («нам положено»). Все это может привести к ухудшению качества медицинской помощи и усложнению и без того непростых взаимоотношений врачей и пациентов. **Стандарты должны применяться только с учетом профессионального мнения врачей и индивидуальных особенностей пациентов.**

Возможность применения стандартов для финансового обоснования ПГГ описана в разделе 5.8 и приложении 5.

3.4.4. Качество медицинской помощи (КМП)

Для формализации и обсуждения проблем в области КМП в РФ ниже приведены некоторые общие понятия по этому вопросу. Под качеством медицинской помощи подразумевают степень соответствия медицинской помощи установленным стандартам ее оказания, требованиям и правилам, потребностям и ожиданиям пациентов, а также степень, в которой она способствует улучшению показателей здоровья населения.

¹ AGREE — Appraisal of Guidelines Research and Evaluation.

Структурируют КМП по следующим критериям: адекватность, доступность, преемственность, безопасность, своевременность, эффективность (в том числе экономическая), ориентированность на пациента, т.е. способность удовлетворить его нужды и ожидания, и др. Для каждого критерия разрабатываются показатели (индикаторы), по которым оценивается качество. Для каждого показателя устанавливается целевое значение, например, с учетом лучшего значения, достигнутого в стране/регионе или запланированного правительством.

Цель политики по улучшению качества — получить возможно лучший результат при каждом заданном уровне финансирования и материально-технического обеспечения здравоохранения. Для этого планируются показатели качества медицинской помощи, создаются условия для достижения ожидаемых результатов и контролируются фактически полученные результаты, а также внедряются меры по дальнейшему улучшению КМП. Этот процесс называется «управление КМП» (рис. 37). Управление КМП касается как результатов лечения конкретного пациента, так и достижения целей по улучшению здоровья населения в целом.

В таблице 8 дается сравнение значений международных показателей качества медицинской помощи в РФ и в странах ОЭСР (среднее значение). Из этой таблицы видно, что РФ по большинству показателей во много раз отстает от развитых стран.

Одной из причин таких неудовлетворительных результатов является отсутствие единой национальной политики в области управления КМП. В Минздравсоцразвития РФ отсутствует персональный ответственный за реализацию этой политики и координацию действий на всех уровнях системы здравоохранения.

Следующая важная проблема — отсутствие на законодательном уровне обязанности докладывать о КМП, начиная с ЛПУ и заканчивая ежегодным докладом Минздравсоцразвития России о КМП. Например, Указом Президента РФ № 825 от 28.07.2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъ-



Рис. 37. Этапы управления качеством медицинской помощи

ектов Российской Федерации» введен ряд показателей оценки эффективности работы здравоохранения, что является важным шагом, но недостаточным. Необходимо существенно дополнить перечень этих показателей, установить их целевые значения для субъектов РФ и предусмотреть меры ответственности должностных лиц за недостижение этих показателей. Более подробный анализ правовой базы по КМП представлен в табл. 8-п (см. приложение 2, стр. 437–453).

Касаясь **планирования КМП**, следует отметить, что не внедрены научно обоснованные стандарты медицинской помощи (клинические рекомендации); а стандарты оснащения медицинских организаций (МО) существуют только для ряда МО. Отсутствует система внутриорганизационных стандартов качества МО, и не отлажена система контроля за их соблюдением. Не разработаны показатели КМП, соответствующие международным нормам, не установлены их целевые значения, не подготовлены соответствующие методи-

ческие документы. Например, в 2007 г. Минздравсоцразвития России рекомендовал регионам показатели для оценки деятельности участковых врачей-педиатров, участковых врачей-терапевтов и ВОП (приказы Минздравсоцразвития России № 282; 283; 324)¹, что очень важно. Но при этом указанные приказы не сопровождались методическими рекомендациями в части сбора, расчета и анализа показателей. За 2 года после выхода приказов не проводился мониторинг выполнения этих показателей.

Структура системы организации контроля качества медицинской помощи в РФ представлена на рис. 38. В этой части отсутствует единая методология контроля КМП в регионах. Существующей системы лицензирования медицинских организаций явно недостаточно для оценки качества их работы, так как она в большей мере оценивает инфраструктурные элементы учреждения. Ослаблен анализ результатов патолого-анатомических вскрытий, в том числе из-за дефицита патологоанатомов. Разбор жалоб пациентов, проводимый региональными органами здравоохранения, Росздравнадзором и страховыми организациями, не сопровождается публичным обсуждением, анализом и рекомендациями по улучшению деятельности ЛПУ. По результатам контроля (как добровольно заявленных показателей, так и обязательных) не разрабатываются объективные рейтинги медицинских организаций.

Меры, направленные на улучшение КМП, абсолютно недостаточны. Например, оплата труда медицинского персонала не связана с крите-

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 282 от 19 апреля 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового»; приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 324 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке»; приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 283 от 19 апреля 2007 г. «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового».

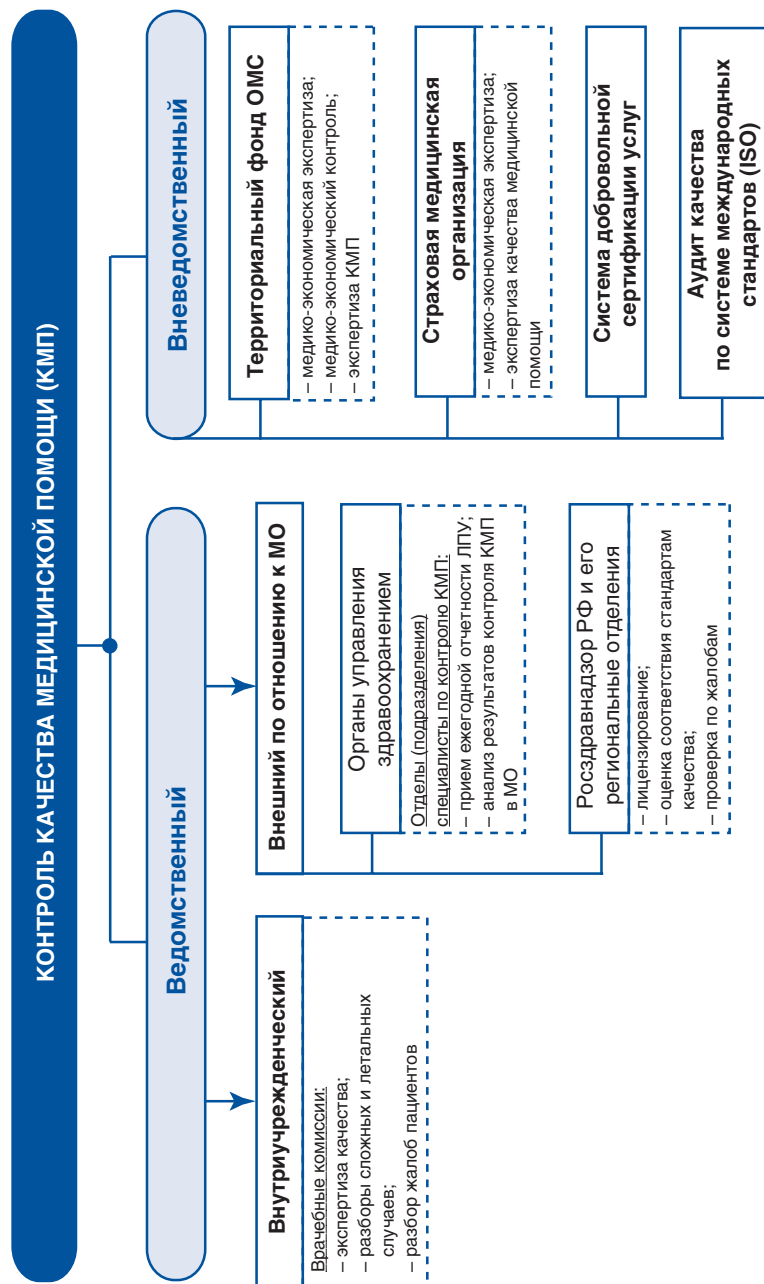


Рис. 38. Организация контроля качества медицинской помощи в РФ

риями достижения показателей КМП. Процессы непрерывного (ежегодного) повышения квалификации медицинских работников не увязаны с системой оценки качества работы медицинских организаций, в том числе их лицензированием. Информационная обеспеченность медицинских работников на рабочих местах (доступ к клиническим рекомендациям и системам поддержки принятия клинических решений, наличие электронной и бумажной медицинской библиотеки) не рассматривается не только как обязательная, но даже как рекомендательная для медицинских организаций. Специалисты, отвечающие за обеспечение и контроль КМП, зачастую не имеют должной подготовки.

Следует обратить внимание, что **систематический контроль за безопасностью пациентов в нашей стране практически отсутствует**. Вместе с тем исследования, проведенные в экономически развитых странах, показали, что осложнения вследствие медицинских вмешательств возникают в 11% случаев всех госпитализаций и половину (55%) их можно предотвратить организационными мерами по управлению КМП.

Система здравоохранения при возникновении осложнений у пациентов несет дополнительные расходы. Эти расходы можно оценить путем экстраполяции на РФ исследований, проведенных в Великобритании. В этой стране пациенты с побочными эффектами (осложнениями) от медицинских вмешательств находятся в стационаре на 8,5 дня дольше, чем пациенты без осложнений. В РФ в 2007 г. было 31,5 млн госпитализаций, из них (экстраполируя данные исследований в Великобритании) в 1,6 млн случаев возникли осложнения, которые можно было предотвратить. Стоимость дополнительных дней госпитализации по лечению этих осложнений составляет в РФ 11,7 млрд руб. [$1,6 \text{ млн} \cdot 8,5 \text{ дня} \cdot 861 \text{ руб.}$ (средняя стоимость одного дня госпитализации)]. Поскольку в Великобритании развита система контроля КМП, внедрены стандарты медицинской помощи и осуществляется жесткий контроль за квалификацией специалистов (что не в полной

мере реализовано в РФ), то рассчитанный ущерб для РФ может быть как минимум в 2 раза больше и составлять 23–25 млрд руб. Это сопоставимо с расходами из федерального бюджета в 2008 г. на обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами без учета программы «7 нозологий».

3.4.5. Целевые долгосрочные программы по отдельным направлениям здравоохранения

Анализ формирования и реализации целевых федеральных программ показывает, что при их разработке недостаточно четко формулируются цели по улучшению ключевых показателей здоровья населения (например, такие, как снижение смертности, уменьшение инвалидности и др.). Так, в разделе «Онкология» программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», утвержденной постановлением Правительства РФ № 280 от 10.05.2007 г., в качестве целевых показателей указаны доля больных с визуальной локализацией злокачественных новообразований и одногодичная летальность — это важные, но второстепенные показатели. Должны быть указаны такие показатели, как снижение смертности от онкологических заболеваний, увеличение 5-летней выживаемости больных с различными локализациями новообразований.

Общая **негативная** тенденция для всех федеральных целевых долгосрочных программ — это вложения в основные средства и пренебрежение профилактическим направлением, ранним выявлением заболеваний, разработкой единых стандартов лечения пациентов и единой методологии организации медицинской помощи, повышением квалификации медицинских работников. Например, в указанной выше программе общее финансирование в размере 12,827 млрд руб. распределено в следующих пропорциях: 60% — на капитальное строительство, 2% — на НИОКР, 38% — на прочие нужды (в том числе 95% из них — на закупку дорогостоящего оборудования). Таким образом, на увеличение стоимости основных фондов предусмотрено 95% средств.

Аналогичная тенденция прослеживается и по долгосрочным программам, направленным на улучшение медицинской помощи при сосудистых заболеваниях и в целом по направлениям ПНП «Здоровье» (см. раздел 5.20). По-видимому, это связано с тем, что вложения в основные средства, включая закупку дорогостоящего оборудования, труднее проконтролировать, и по ним легче организовать коррупционные схемы. Вместе с тем опыт формирования аналогичных программ за рубежом показывает, что основной акцент в них направлен на совершенствование организации медицинской помощи, разработку единых стандартов, обучение специалистов.

В большинстве программ отсутствуют четкие и прозрачные критерии для выбора регионов, в которых они будут реализованы. Промежуточные и окончательные результаты (как отрицательные, так и положительные) в ходе осуществления программ анализируются недостаточно и не учитываются при принятии дальнейших решений.

ВЫВОДЫ К РАЗДЕЛУ

«Организация медицинской помощи населению»

- ▶ Главные причины низкой доступности медицинской помощи населению РФ — недостаточное финансирование ППГ, высокие личные расходы населения на медицинскую помощь и неэффективная организация медицинской помощи. В первую очередь неэффективность организации медицинской помощи проявляется в несоответствии объемов амбулаторно-поликлинической помощи потребностям населения. Во вторую — в недостаточных объемах высокотехнологичной и медико-социальной помощи, а также восстановительного лечения и реабилитации. В третью — в отсутствии четкой регламентации и нормирования вышеперечисленных видов медицинской помощи. В четвертую — в ограничении возможностей ЛПУ оказывать определенные виды помощи (из-за разделения источников финансирования по законам о разграничении полномочий), что усложняет систему организации медицинской помощи.

- ▶ Главными причинами неудовлетворительного КМП, кроме недостаточного финансирования и слабой материально-технической базы здравоохранения, являются низкая квалификация медицинских кадров, отсутствие единой государственной политики и законодательно закреплённой необходимости обеспечения и отчетности о КМП на всех уровнях управления здравоохранением.
- ▶ Преимущественная ориентированность государственных целевых долгосрочных программ на инфраструктурную составляющую (закупку дорогостоящего оборудования) не является оптимальной для системы здравоохранения РФ.
- ▶ В Стратегии здравоохранения должны быть предусмотрены меры по увеличению доступности всех видов медицинской помощи; по выработке единых подходов к учреждениям здравоохранения в соответствии с их возможностями оказывать различные виды медицинской помощи; а также по созданию единой концепции управления КМП.

3.5. Управление системой здравоохранения

3.5.1. Стратегическое планирование и отчетность

В период с 1995 по 2007 г. «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки» была подготовлена только однажды — на 1997–2005 гг. (одобрена постановлением Правительства РФ № 1387 от 05.11.97). В ней были поставлены цели по улучшению показателей здоровья населения и содержались важнейшие положения: увеличение государственного финансирования здравоохранения до 7% ВВП, приоритетное развитие первичного звена здравоохранения, развитие системы ОМС, в том числе унификация системы оплаты поставщикам медицинских услуг и др. Вместе с тем ни одно из положений этой Концепции не удалось реализовать, так как не были разработаны механизмы и индикаторы ее реализации, отсутствовали контроль и отчетность за достигнутые результаты.

Следует также отметить приказ Минздрава России № 210 от 03.07.2002 г. «О концепции кадровой политики в здравоохранении».

В этой Концепции определены важнейшие направления: совершенствование номенклатуры специальностей, эффективное планирование кадрового потенциала, новые принципы оплаты труда медицинских работников; указано на необходимость отражения в медицинском образовании проблем практического здравоохранения, привлечения общественных организаций, разработки профессиональных стандартов, актуализации квалификационных требований, развития непрерывного образования. К сожалению, и эти положения были реализованы в очень малой степени. Все целевые долгосрочные программы, существовавшие до 2006 г. (т.е. до начала крупномасштабного приоритетного национального проекта «Здоровье»), были узконаправленными и не оказали существенного влияния на улучшение здоровья населения РФ.

Кроме стандартной статистической отчетности (которая также требует актуализации показателей и установления контроля над качеством статистических данных), практически отсутствуют детальный анализ позитивного и негативного опыта регионов на пути улучшения здоровья населения, не проводится оценка эффективности работы федерального и региональных органов управления здравоохранением, не публикуется ежегодный доклад о качестве медицинской помощи в РФ.

Вместе с тем в Указе Президента РФ № 1351 от 9.10.2007 г. «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.» и в распоряжении Правительства РФ № 1662-р о «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.» были поставлены цели по улучшению здоровья населения России: к 2020 г. снизить общий коэффициент смертности до 10,0 на 1000 человек и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 73–75 лет. Но у Минздравсоцразвития России пока нет четко утвержденного плана движения к этим целям: не определены ни конкретные механизмы их достижения, ни индикаторы для мониторинга на федеральном и региональном уровнях.

3.5.2. Децентрализация в здравоохранении

В результате административной реформы¹ полномочия в части здравоохранения были поделены между 3 властными уровнями (федеральным, региональным и муниципальным).

К наиболее важным функциям федеральной государственной системы здравоохранения были отнесены: полномочия по изданию правовых актов, контроль за их исполнением, разработка политики в области охраны здоровья, разработка и установление базовых экономических и финансовых гарантий (ПГГ, страховой тариф на ОМС и т.д.), а также предоставление высокотехнологичной медицинской помощи, контроль качества услуг в здравоохранении, организация системы медицинского образования и развитие медицинской науки.

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ отнесены: создание юридических гарантий организационной стабильности и единства системы здравоохранения на данной территории (т.е. разработка нормативно-правовых актов); обеспечение реализации федеральных нормативных актов и политики в области охраны здоровья; ресурсное, организационное и финансовое обеспечение территориальной подсистемы здравоохранения, управление территориальным имуществом; предоставление специализированной медицинской помощи и др.

¹ Федеральные законы № 131-ФЗ от 6 октября 2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»; № 122-ФЗ от 22 августа 2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” и “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”»; № 258-ФЗ от 29 декабря 2006 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».

К полномочиям органов местного самоуправления в области охраны здоровья отнесены: контроль за соблюдением законодательства, организация первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и помощи во время беременности и после родов, а также предоставление скорой медицинской помощи и др.

Согласно анализу, проведенному М.А. Ковалевским и Н.Б. Найговзиной (2004), принятие этих законопроектов привело к следующим противоречиям:

- экономические и финансовые гарантии устанавливаются на федеральном уровне, а их финансовое обеспечение реализуется на региональном и местном уровнях, зачастую не способных обеспечить эти гарантии в полной мере;

- установление правовых норм и государственной политики на федеральном уровне и невозможность повлиять на эффективность реализации этих норм на территориальном и тем более на местном уровне. Например, федеральное министерство не может назначать и снимать региональных руководителей здравоохранения или привлекать их к ответственности за неисполнение единой политики в области охраны здоровья;

- невозможность вышестоящего уровня управления здравоохранением ни административно, ни законодательно, ни финансово (в полной степени) повлиять на бюджетную политику нижестоящего уровня. Так, региональный орган управления здравоохранением не может препятствовать расходам местного бюджета на строительство объектов здравоохранения, в результате средства муниципалитета могут быть потрачены неэффективно и может сложиться переизбыток мощностей на территории этого субъекта РФ (см. также раздел 3.4.3).

Результатом перечисленных противоречий в системе здравоохранения РФ стали утрата финансовой стабильности и равенства в реализации ПГГ, сложились условия для неэффективного управления

и использования ресурсов системы. В такой слабо вертикально управляемой системе успешная реализация любой Стратегии развития здравоохранения России сопряжена с высоким риском.

3.5.3. Планирование в здравоохранении

Как было указано в разделе 3.4.1, основным инструментом планирования в здравоохранении является ПГГ, которая нормирует объемы медицинской помощи в расчете на 1 жителя страны. Как уже обсуждалось в разделе 3.2.7, нормативы объемов медицинской помощи и их фактическое исполнение не претерпели за 10 лет никаких изменений (см. табл. 4). Вместе с тем потребности в медицинской помощи существенно возросли. Это должно было повлечь за собой увеличение нормативов объемов ПМСП и числа врачей первичного звена, чего не произошло. Более того, наблюдается их дефицит и по существующим нормативам (см. разделы 3.3.1).

Расчет необходимых ресурсов (числа необходимых стационарных коек, врачей и среднего медицинского персонала для стационарных и амбулаторных условий) в целях реализации территориальной программы госгарантий (ТПГГ) происходит согласно нормативам ПГГ, утверждаемой постановлением Правительства РФ и Информационным письмом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 10407-ТГ¹ от 31 декабря 2008 г. Для расчета числа коек используются нормативы ТПГГ и показатель числа койко-дней, который сложился по данному профилю коек по факту.

Для расчета числа врачей, необходимых в амбулаторных учреждениях, используются нормативы ПГГ и показатель планового посещения на одну врачебную должность в год (функция врачебной должности). Такая практика расчета консервирует сложившуюся структуру сети больничных учреждений и пропускной способнос-

¹ Информационное письмо Минздравсоцразвития РФ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».

ти амбулаторно-поликлинических учреждений вне зависимости от изменившихся потребностей населения и внедрения современных технологий. Например, внедрение ресурсосберегающих технологий должно было повлечь сокращение нормативов коек для интенсивного лечения с одновременным увеличением числа коек для долечивания и медико-социального ухода.

В связи с повышением заболеваемости и смертности трудоспособного населения должны были возрасти доступность и объемы медицинской помощи для этой категории населения, однако, напротив, продолжается сокращение медсанчастей и здравпунктов на промышленных предприятиях.

Планирование инфраструктуры учреждений здравоохранения происходит не только без привязки к реальным и перспективным потребностям населения в объемах медицинской помощи, но и без взаимосогласования между субъектами РФ в соответствии с единой федеральной программой. При материально-техническом обеспечении учреждений здравоохранения не учитываются критерии экономической эффективности расходования этих ресурсов (например, обеспечение загрузки потоками пациентов, эффективность использования оборудования).

3.5.4. Государственное регулирование

Недостаточная эффективность государственного регулирования, т.е. установления правил, норм, стандартов, тарифов и организация контроля их исполнения, проявляется в самых различных секторах здравоохранения: в финансировании и обеспечении ПГГ, ресурсном и кадровом обеспечении здравоохранения и организации технологий лечения.

В сфере кадровых ресурсов здравоохранения государством недостаточно регулируются их численность, структура и распределение, в результате чего возникли серьезные диспропорции (см. раздел 3.3.1). Процедуры контроля в области качества медицинской помощи не

совершенны и недостаточны для обеспечения должного его уровня (см. раздел 3.4.4). Например, не разработаны и не внедрены стандарты аккредитации медицинской организации, отсутствует регламент по оценке качества медицинской помощи, сами результаты оценки не публикуются и не обсуждаются. Разработанные федеральные стандарты медицинской помощи не сбалансированы с финансовыми ресурсами по ПГГ и не соответствуют международным требованиям к подобного рода документам, региональные стандарты просто низкого качества.

Наиболее важный пробел — отсутствие регулирования цен на ЛС и товары медицинского назначения (как для государственных закупок, так и для продажи населению). В результате в ряде случаев закупки по государственным контрактам ЛС происходят по ценам на 50–100% выше, чем на аналогичные товары за рубежом¹, а на свободном рынке цены постоянно растут. Например, по данным Росздравнадзора (2009)², цены на ЛС за I полугодие 2009 г. возросли на 12% (от 5 до 20% на препараты разной ценовой категории), что продиктовало необходимость принятия постановления Правительства РФ № 654 от 8 августа 2009 г. «О совершенствовании государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства». В этом постановлении указано на необходимость: 1) обязательной регистрации цен производителей и установления методики максимального значения цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства (ЖНВЛС); 2) установления максимальных оптовых и торговых надбавок к этим ценам; 3) обязательного мониторинга ассортимента и цен на ЖНВЛС. Всего ЖНВЛС содержит около 600 международных непатентованных наименований (МНН), а их доля на коммерческом рынке составляет 40% в ценовом выражении.

¹ Российская газета № 4965 (141) от 31.07.09.

² <http://www.rznrf.ru>

Для сравнения цен на оригинальные и дженериковые ЛС¹, доступные на коммерческом рынке, в РФ и за рубежом было выбрано несколько часто применяемых ЛС преимущественно из модельного списка важнейших (основных) лекарств ВОЗ (ВОЗ, 2008). Эти данные представлены в табл. 6. Сравнивались цены на оригинальные ЛС в России (аптечные цены), Австралии и Великобритании (референтные² цены). Поскольку в этих странах большинство лекарственных средств, приобретаемых населением в аптеках, субсидируется государством, то для сравнения была выбрана референтная цена.

Анализ цен на оригинальные ЛС показал, что в России по сравнению с зарубежными странами эти препараты стоят на 15–50% дороже (4 ЛС), аналогично (2 ЛС) или в 0,4–4 раза дешевле (2 ЛС). Это говорит о том, что в РФ есть резервы для снижения цен на оригинальные ЛС, например, путем установления референтной цены.

Сравнение стоимости дженериковых ЛС в РФ и в Великобритании (средние аптечные цены) показывает, что в России цены на эти препараты в среднем в 10 раз ниже. Это объясняется распространен-

¹ Дженериковое ЛС — это химический и фармацевтический аналог оригинального препарата (продукта), который произведен другим(ими) производителем(ями) без лицензии, т.е. после окончания срока действия патента на эксклюзивный сбыт этого ЛС. Большинство дженериковых препаратов выпускается на рынок под названиями, составленными из непатентованного наименования субстанции + название или торговый знак производителя. Международное непатентованное наименование — наименование, присваиваемое новой фармацевтической субстанции экспертами ВОЗ по специальным правилам, для однозначной ее идентификации.

Оригинальное ЛС — лекарственное средство, впервые зарегистрированное на рынке его производителем (разработчиком). Эксклюзивный сбыт оригинального ЛС защищается патентом на определенный срок. Оригинальное ЛС, как правило, имеет торговое наименование (марку), присваиваемое производителем. Товарная марка ЛС (бренд — на жаргоне) — эксклюзивное торговое наименование препарата ЛС. Для обеспечения эксклюзивности оно должно быть зарегистрировано в агентстве по охране интеллектуальной собственности (как разновидность авторского права).

² Референтная цена — это предельная цена, по которой государство возмещает аптекам или пациенту стоимость ЛС, отпущенного покупателем.

Таблица 6

Сравнение цен на оригинальные и дженериковые ЛС в РФ и зарубежных странах

Наименование ЛС торговое/ непатентованное	Форма выпуска и дозировка	Цены на оригинальные ЛС за единицу продукции в \$ США в соотношении к международной референтной цене			Цены на дженериковые ЛС за единицу продукции в \$ США в соотношении к международной референтной цене		
		Велико- британия (референт- ная цена)	Австралия (референт- ная цена)	Россия (средняя аптечная цена)	международ- ная средняя медианная референтная цена (покупателя)	Велико- британия (аптеч- ная цена)	Россия (средние аптечные цены)
Амоксициллин/амоксициллин	500 мг кап	0,57 / 11	0,52 / 11	—	0,05	0,7/15	0,12/2,4
Эгилек/атенолол	50 мг табл/кап	0,3 / 15	0,37 / 18	0,08 / 4	0,02	0,23/11,5	0,055/2,3
Роцефин/цефтриаксон	1 г/шприц	17 / 23	—	25,4 / 33	0,76	—	0,96
Ципролет (ципробай)/ ципрофлоксацин	500 мг табл/кап	2,4/60	2,4/60	—	0,04	0,76 / 19	0,11/2,75
Вольтарен/диклофенак	50 мг табл/кап	0,5 / 50	—	0,48 / 48	0,01	—	0,05/5
Манинил (глюкованс)/ глибенкламид	5 мг табл/кап	0,16	0,1	—	0,005	0,1/20	0,006/1,2
Лосек/омепразол	20 мг табл/кап	1,7 / 52	1,0 / 30	2,3 / 30	0,033	0,75 / 23	0,2 / 6
Парацетамол/панадол	500 мг	0,14 / 28	—	0,16 / 32	0,005	0,076/15	0,01/2
Вентолин/сальбутамол ингалятор	100 мкг/доза	0,029 / 3,2	0,025 / 2,7	0,016/1,7	0,009	—	0,016/1,7
Зокор/симвастатин	20 мг табл/кап	1,76 / 29	0,87 / 14,5	1,03 / 17,2	0,06	0,35/6	0,31/5
Плавикс/клопидогрел	Табл. по 75 мг	2,1	1,0	3,3	—	—	—

ностью в РФ более дешевых аналогов ЛС, чем в европейских странах. Сравнение же средних цен на дженериковые ЛС в России со средней международной референтной ценой на ЛС показал, что российские препараты в среднем в 3 раза дороже. Международная референтная цена используется для международных сравнений и публикуется в специальном ежегодном международном каталоге цен, который разрабатывается некоммерческой организацией «Управление наукой во имя здоровья» (Management Science for Health — MSH) совместно с ВОЗ (MSH, 2008). Рассчитывается международная референтная цена на основе каталогов цен, предлагаемых международными коммерческими и некоммерческими поставщиками ЛС для развивающихся стран и стран со средними доходами на душу населения. Причем в каталоги включаются качественные лекарственные средства хорошо зарекомендовавших себя производителей. В таблице 6 приведена международная референтная цена покупателя, учитывающая все расходы на поставку ЛС, в том числе и на дистрибуцию.

Таким образом, анализ цен на дженериковые ЛС также показал, что в РФ есть резерв для снижения цены на них, в том числе путем государственного регулирования и развития отечественного фармацевтического производства.

Например, когда Правительство Великобритании в 2004 г. обратило внимание, что в аптеках цены на ряд дженериковых препаратов существенно возросли, то оно тут же выпустило приказ об установлении предельных цен на эти препараты. Причем установленная предельная цена была в 2 раза ниже сложившейся на рынке (NHS, 2004).

Доступность ЛС определяется как отношение цен на ЛС по отношению к средним доходам населения (Cameron A., 2008). **В России доступность ЛС низкая.** Например, российский мужчина 50 лет, страдающий гипертонической болезнью, должен тратить из своего кармана на стандартный набор ЛС для лечения гипертонии (бета-адреноблокатор — атенолол, статин — симвастатин, антиагрегант — тромбоасс) ежемесячно от 400 руб. (цены на дженериковые ЛС) до 700 и более руб.

(цены на оригинальные ЛС). Это составляет от 5 до 10% соответственно средней заработной платы по стране (17 тыс. руб. в месяц) за вычетом расходов на питание (около 50–60%). В странах с развитой рыночной экономикой расходы населения из своего кармана на медицинскую помощь и ЛС, составляющие более 10% от доходов домохозяйств (за вычетом расходов на питание), считаются очень высокими, и доля такого населения ничтожна — 0–3% (Xu K., Evans D. et al., 2007). Любая дополнительная трата на ЛС (которые могут стоить дороже, чем дешевые антигипертензивные препараты) может привести этого российского мужчину к катастрофическим расходам, т.е. расходам, превышающим 30% от его доходов (за вычетом расходов на питание).

Что касается цен, по которым ЛС закупаются медицинскими учреждениями, то этот анализ провести сложно, так как систематической отчетности по этому направлению в разрезе субъектов РФ ни одним государственным органом не ведется, так же как и не ведется мониторинг цен в аптечной сети. Только после поручения Правительства РФ и Президента РФ в 2009 г. Росздравнадзор приступил к мониторингу цен на ЛС в субъектах РФ, но, к сожалению, эти данные недоступны для публичного анализа.

Вместе с тем такая отчетность, ее анализ и сравнение с зарубежными данными являются рутинными для европейских стран и крайне необходимы в РФ для анализа эффективности закупок, проводимых за счет государственных средств, а также для анализа доступности ЛС, приобретаемых через аптечную сеть.

Анализ системы обеспечения ЛС за счет государственных средств приведен в разделе 5.20.1.

3.5.5. Эффективность использования имеющихся ресурсов здравоохранения

Неэффективное использование ресурсов проявляется как в их распределении между секторами здравоохранения и отдельными программами (макроуровень), так и в использовании их на уровне медицинских учреждений (микроуровень). Так, наиболее экономи-

чески эффективным¹ методом улучшения здоровья населения являются профилактика заболеваний и борьба с факторами риска, вместе с тем в стране в течение последних 20 лет не было ни одной национальной программы, направленной на борьбу с факторами риска (см. раздел 2.3). В результате все шире распространяются алкоголизм, табакокурение и наркомания. Следующими по эффективности вложений являются развитие первичного звена здравоохранения и обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях. Однако, несмотря на мероприятия, реализованные в рамках ПНП «Здоровье», объем государственных расходов на стационарную помощь сегодня почти на 30% выше, чем на амбулаторно-поликлиническую помощь, а ЛС за счет государства пациенты обеспечены в 5,5 раза меньше на душу населения, чем в среднем в странах ОЭСР.

Имеющийся коечный фонд государственных и муниципальных учреждений здравоохранения используется неэффективно (см. раздел 3.3.3). Высоки такие показатели, как повторные госпитализации, госпитализации пациентов, лечение которых можно было бы организовать в амбулаторных условиях (30%).

Неэффективно используется время врачей вследствие выполнения ими ряда сестринских функций и избыточного бумажного документооборота. (В состав комиссии по получению водительских прав входят 7 врачей-специалистов, что избыточно.)

Не везде используются прогрессивные способы оплаты медицинских услуг, которые способствуют экономии ресурсов здравоохранения и повышению ответственности медицинских работников за здоровье пациентов: в амбулаторно-поликлинических учреждениях это подушевая оплата за прикрепленное население, в стационарном звене — по диагностически связанным группам (ДСГ), т.е. по тарифам, соответствующим определенным группам диагнозов. В большинстве государств

¹ Экономическая эффективность — оценка результативности с учетом затраченных средств.

венных учреждений не используются энерго- и теплосберегающие технологии. В результате излишние затраты на эти цели пропорционально уменьшают прямые расходы на медицинские услуги.

Казначейский принцип исполнения бюджетов государственных и муниципальных учреждений, с одной стороны, облегчает контроль над ними, с другой — препятствует эффективному управлению ресурсами учреждений, приводит к наращиванию объемов медицинской помощи и незаинтересованности руководителей здравоохранения в расширении профилактики и применении ресурсосберегающих технологий.

Отсутствие в РФ при проведении государственных закупок обособленных референтных (предельных) цен на ЛС и предметы медицинского назначения, а также систематического анализа и контроля фактических цен, по которым проведены государственные закупки, является условием для неэффективной траты средств и роста коррупции. Федеральный закон № 94-ФЗ от 21 июля 2005 г. «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» этой проблемы не решает, так как многие поставщики при участии в государственных конкурсах и аукционах вступают в сговор. Более того, в ряде случаев конкурсная и аукционная документация формируется таким образом, что предпочтение заранее отдается определенному поставщику по определенным критериям (например, качество и сроки поставки), что позволяет ему выигрывать конкурсы при высокой стоимости предлагаемой продукции или услуг.

Следует отметить, что в отрасли недостаточно используются дополнительные ресурсы, предоставляемые частной и ведомственными медицинскими системами. Большие средства вкладываются в капитальное строительство государственной инфраструктуры, в то время как их можно было бы вложить в высокотехнологичное лечение пациентов в ведомственных и частных учреждениях, которые готовы работать по государственным тарифам.

3.5.6. Управленческие кадры, механизмы управления и порядок принятия решений

В системе здравоохранения недостаточно используются экономически эффективные (рыночные) инструменты управления. Среди них: 1) возможность для граждан выбора МО и информирование пациента о качестве его работы; 2) создание конкуренции между МО по критерию качества там, где это возможно и обоснованно; 3) привлечение учреждений всех форм собственности к исполнению государственного заказа на контрактной основе по установленным тарифам; 4) привязка финансирования МО и оплаты труда медицинских работников к объемам и качеству оказанной медицинской помощи; 5) расширение прав и полномочий руководителей государственных и муниципальных МО в управлении учреждением, поэтапное изменение организационно-правовых форм государственных и муниципальных ЛПУ (перевод в некоммерческие учреждения).

Следует также отметить низкую квалификацию управленческих кадров в здравоохранении. Сегодня назначения на руководящие посты на всех уровнях управления здравоохранением происходят без должного конкурсного и квалификационного отбора. Многие кандидаты не имеют ни управленческого образования, ни опыта управления крупными проектами или бизнесом, либо медицинскими учреждениями, т.е. полностью отсутствует работа с кадровым резервом.

Решения, которые принимаются на всех уровнях управления, не проходят должного научного обоснования и обсуждения с заинтересованными сторонами. Например, в перечень обследований при проведении диспансеризации были включены отдельные исследования, эффективность которых не доказана; этого можно было избежать проведением простого анализа систематических обзоров по эффективности скрининговых программ (см. раздел 5.20). Недостаточно прислушиваются и к мнению специалистов-экспертов. Наглядным примером незаинтересованности Минздравсоцразвития России в активной работе с ними является формирование состава Комиссии

по формированию Перечня ЖНВЛС. Согласно ведомственному проекту приказа¹ в состав этой Комиссии входят 15 человек, из них только 3 внешних эксперта по данной проблеме, остальные — чиновники. Причем из всех предлагаемых членов этой Комиссии — 1/4 вообще не имеют медицинского или фармацевтического образования. Такие принципы никак не согласуются с рекомендациями ВОЗ.

К сожалению, многие важнейшие решения для отрасли принимаются (или откладываются) кулуарно, без должного обсуждения с экспертным сообществом. Примером могут служить: программа ДЛО (ОНСЛ) (см. раздел 5.20.1), предложения в «Концепции здравоохранения до 2020 г.» по сокращению сроков подготовки медицинских работников и созданию трех «саморегулируемых» уровней системы организации медицинской помощи (см. раздел 6.5), а также критика со стороны общественности законопроекта «Об обращении лекарственных средств», подготовленного министерством в июле 2009 г.² Такая ситуация вызывает недовольство участников системы, приводит к излишней переписке на высоких уровнях и/или отклонению документов правительством, что в конечном счете снижает авторитет Минздравсоцразвития России.

Выводы

- ▶ Наиболее серьезными проблемами в управлении здравоохранением являются: отсутствие стратегического и оперативного планирования в соответствии с потребностями практического здравоохранения; децентрализация управления, устаревшая система статистической отчетности, недостаточное государственное регулирование в части формирования тарифов на ЛС и медицинские услуги; неэффективное управление имеющимися ресурсами здравоохранения; низкий управленческий потенциал и принятие непродуманных управленческих решений.

¹ <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/794>

² <http://www.vremya.ru>

- ▶ В Стратегии должны быть предусмотрены меры по восстановлению вертикали управления здравоохранением, по пересмотру нормативов объемов медицинской помощи, мощностей и структуры МО. Для повышения эффективности управления необходимо предусмотреть меры по повышению квалификации управленческих кадров, повышению качества принимаемых решений в здравоохранении и внедрению экономически эффективных методов управления.

3.6. Профессиональные и другие корпоративные гражданские организации в здравоохранении

В РФ не сложилась система саморегулирования профессиональной медицинской деятельности (функции по управлению отраслью выполняет государство). Ни РМА¹, ни РМО² не могли создать действенную организацию врачей, которая бы могла представлять реальную силу по отстаиванию профессиональных интересов врачей и по выполнению ряда регулирующих функций, например установление стандартов медицинской помощи, присвоение лицензий медицинским работникам (как это принято в ряде зарубежных стран, см. раздел 5.18)

Медицинские научно-практические общества по специальностям недостаточно активно влияют на такие процессы, как разработка стандартов медицинской помощи, формирование национальной лекарственной политики, актуализация образовательных стандартов и программ последипломного медицинского образования, включая развитие системы непрерывного медицинского образования. Их работа за прошедшие годы была сконцентрирована в основном на разработке специализированных руководств по своим специальностям, в том числе и на активном взаимодействии с фармацевтическими производителями. Только в 2008–2009 г. АСМОК была пред-

¹ РМА — Российская медицинская ассоциация.

² РМО — Российское медицинское общество.

ложена «Концепция развития системы непрерывного медицинского образования в РФ» (см. приложение 4).

Причина сложившейся ситуации — отсутствие запроса со стороны Минздравсоцразвития России. Кроме того, низкая оплата труда высококласных специалистов вынуждает их зависеть от поддержки фармкомпаний и производителей медицинской техники, что соответственно снижает независимость их рекомендаций.

Следует отметить эффективную работу Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ под руководством проф. Л.М. Рошалья. За годы существования этой Комиссии с 2005 г. проведена огромная работа по анализу ситуации в отрасли и выработке важнейших рекомендаций (Общественная палата, 2008). К сожалению, не все эти решения находят отклик и проходят должное обсуждение в Минздравсоцразвития РФ и других ведомствах.

3.7. Взаимодействие системы здравоохранения с отечественной фармацевтической промышленностью и отечественными производителями медицинской техники

По данным Всероссийского общественного Совета медицинской промышленности (ВРОС, 2008), за прошедшие 15 лет доля отечественной медицинской продукции на рынке сократилась до 20–25%. Доля отечественного производителя в государственных закупках по ПНП «Здоровье» в 2007 г. составила: по лабораторному оборудованию — 8%; по ультразвуковому — 1%; по электрокардиографам — 30%; по эндоскопическому оборудованию — 8%; по рентгеновскому оборудованию — 77%.

Следует обратить внимание, что на рынке ЛС в 2008 г. доля отечественных ЛС в денежном выражении составила всего 19% и имеет тенденцию к постоянному падению с темпом 1–2% в год¹. При этом

¹ www.pharmvestnik.ru/text/14107.html

в государственных закупках ЛС для ЛПУ и программы ДЛО (ОНЛС) доля отечественных ЛС составляет всего около 5%¹ (более того, большинство отечественных ЛС производится из импортного сырья — субстанций). Это говорит о слабости отечественных производителей ЛС, об отсутствии государственной политики как в закупках отечественных ЛС, так и в организации и развитии отечественного фармпроизводства, а также о слабом влиянии на этот процесс основного государственного заказчика — Минздравсоцразвития России.

Так, например, за 20 лет не разработано ни одной совместной долгосрочной программы, позволяющей целенаправленно проводить политику импортозамещения ЛС и товаров медицинской техники.

Отсутствие специальных государственных программ поддержки отечественного производителя и ориентация ведомства на закупку товаров зарубежных производителей (как правило, более высокого качества) привели к сокращению объемов производств ЛС и медицинской техники отечественными производителями. Такая ситуация представляет опасность для отрасли как в части обеспечения наличия обязательного ассортимента ЛС на рынке, так и неэффективного расходования средств.

Именно поэтому Президент РФ и Правительство РФ поставили задачу перед Минпромторгом России разработать «Стратегию развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г.»², а перед Минздравсоцразвития России — новую версию закона «Об обращении лекарственных средств» (с целью регулирования обращения и обеспечения качества ЛС, циркулирующих на рынке). Указанные документы находятся в стадии обсуждения.

¹ <http://www.regnum.ru/news/1204040.html>

² <http://www.minprom.gov.ru>

3.8. Проблемы правового обеспечения деятельности по охране здоровья населения РФ

В соответствии со ст. 3 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит «из соответствующих положений Конституции РФ и Конституций (уставов) субъектов Российской Федерации, настоящих Основ, иных федеральных законов и федеральных нормативных правовых актов, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации».

Существующая правовая база здравоохранения формировалась в период с 1990 г. по настоящее время. Этот период можно условно разделить на 3 этапа в зависимости от степени законодательной активности и направленности принимаемых законов.

I этап (1991–1999) — наиболее активный этап законодательной деятельности, направленный на адаптацию российского здравоохранения к изменившимся социально-экономическим условиям (переход на рыночные механизмы управления экономикой и распад Советского Союза). В этот период приняты основные законы в области здравоохранения, которые с некоторыми поправками по сей день определяют ее правовую деятельность. Среди этих законов:

- ▶ Конституция РФ, ст. 41 (от 12 декабря 1993 г.);
- ▶ Закон Российской Федерации № 1499-1 от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- ▶ Федеральный закон № 2300-1 от 7 февраля 1992 г. «О защите прав потребителей»;
- ▶ Закон Российской Федерации № 3185-1 от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- ▶ Закон Российской Федерации № 4180-1 от 22 декабря 1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- ▶ Основы законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.;

- ▶ Закон Российской Федерации № 5142-1 от 9 июня 1993 г. «О донорстве крови и ее компонентов»;
- ▶ Федеральный закон № 26-ФЗ от 23 февраля 1995 г. «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»;
- ▶ Федеральный закон № 38-ФЗ от 30 марта 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, распространяемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- ▶ Федеральный закон № 3-ФЗ от 8 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- ▶ Федеральный закон № 86-ФЗ от 22 июня 1998 г. «О лекарственных средствах»;
- ▶ Бюджетный кодекс № 145-ФЗ от 31 июля 1998 г.;
- ▶ Федеральный закон № 157-ФЗ от 17 сентября 1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- ▶ Федеральный закон № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Следует отметить, что Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются законом непрямого действия и предполагают разработку законов прямого действия. В связи с этим Комитетом Государственной Думы РФ по охране здоровья в 2005 г. был подготовлен законопроект «О здравоохранении», в котором предусмотрены нормы прямого действия: фиксированные отчисления на здравоохранение из бюджетов всех уровней, увеличение объемов финансирования здравоохранения в привязке к ВВП, ответственность Правительства РФ за здоровье населения и др. К сожалению, этот законопроект так и не был принят.

Что касается Закона «О медицинском страховании», то, поскольку этот закон формировался в период становления системы медицинского страхования, когда разработчики еще не имели достаточного практического опыта по применению страхового дела в здравоохра-

нении, многие его позиции изложены неконкретно и не позволяют эффективно выстроить управление системой ОМС и ДМС сегодня. Например, не закреплены ставки взносов и минимальные размеры отчислений на ОМС субъектов РФ на неработающее население; не прописана система перераспределения средств между субъектами РФ; не определены единые механизмы организации системы ОМС в субъектах РФ; не разработана единая тарифная политика; не предусмотрены договорные отношения с медицинскими организациями с учетом результатов и качества оказанной медицинской помощи.

В 1999 г. также впервые постановлением Правительства РФ была утверждена Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи населению РФ, которая далее утверждалась практически ежегодно. С одной стороны, эта программа хоть как-то нормировала объемы и финансовое обеспечение ПГГ в субъектах РФ, но с другой — нормативы объемов медицинской помощи и нормативы финансового обеспечения не отражали реальные потребности населения в медицинской помощи (раздел 3.4.1).

Следует отметить, что в этот же период постановлением Правительства РФ № 1387 от 05.11.97 г. была утверждена «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки до 2005 г.». Однако дальнейшего своего развития ни в программных документах Минздравсоцразвития России, ни в законодательной базе она не нашла.

II этап (2000–2004). На этом этапе было принято несколько законов, касающихся организации медицинской помощи по отдельным заболеваниям и видам медицинской помощи, а также безопасности пищевых продуктов. Среди них:

- ▶ Федеральный закон № 29-ФЗ от 2 января 2000 г. «О качестве и безопасности пищевых продуктов»;
- ▶ Федеральный закон № 77-ФЗ от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

- ▶ Федеральный закон № 87-ФЗ от 10 июля 2001 г. «Об ограничении курения табака в Российской Федерации»;
- ▶ Федеральный закон № 54-ФЗ от 20 мая 2002 г. «О временном запрете на клонирование человека в Российской Федерации».

На этом же этапе в основные законы здравоохранения вносились поправки, связанные с принятием законов о разделении полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления. Среди этих федеральных законов:

- ▶ Федеральный закон № 184-ФЗ от 6 октября 1999 г. «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;
- ▶ Федеральный закон № 131-ФЗ от 6 октября 2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;
- ▶ Федеральный закон № 122-ФЗ от 22 августа 2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

В результате разделения полномочий единая система здравоохранения Российской Федерации оказалась раздробленной на федеральную, региональную и муниципальную системы, и административная вертикаль управления здравоохранением была существенно ослаблена, что привело к дезинтеграции в управлении

здравоохранением (см. раздел 3.5.2). Самым серьезным отрицательным последствием принятия этих законов стало то, что осуществление полномочий по организации и финансовому обеспечению большинства видов медицинской помощи было закреплено на региональном и муниципальном уровне. В условиях бюджетной необеспеченности большинства субъектов и муниципалитетов РФ и недостаточности выделяемых федеральных средств (в том числе средств ФОМС) на осуществление указанных выше полномочий, а также отсутствия ответственности вышестоящих бюджетов за неисполнение полномочий нижестоящим уровнем, это привело к неисполнению даже заниженных нормативов ПГГ и неравенству субъектов РФ в обеспечении этих гарантий (см. раздел 3.2.10).

Следует отметить, что принятие Закона № 122-ФЗ в части разделения ответственности уровней власти за обеспечение населения льготами и возможности замены натуральных льгот денежными компенсациями было встречено резкой критикой населения и экспертным сообществом (см. раздел 5.20.1).

В 2004 г. по инициативе Минэкономразвития РФ Центром стратегических разработок были подготовлены проекты федеральных законов: «О государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи», «Об обязательном медицинском страховании», «Об автономных учреждениях» и «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях». Данные законопроекты разрабатывались без взаимоувязывания с системной реформой здравоохранения и стратегическими целями здравоохранения. Более того, ряд законопроектов содержал спорные позиции (например, конкретизация государственных гарантий через стандарты медицинской помощи в привязке к заболеваниям, применимость автономных учреждений и некоммерческих автономных организаций в здравоохранении). Вследствие перечисленных причин после широкого обсуждения этих законопроектов медицинской

общественностью¹ было принято решение об их доработке (в дальнейшем эта работа была приостановлена).

III этап (2005 г. — по настоящее время). На этом этапе происходит реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». Нормативно-правовое регулирование его реализации осуществлялось на основании постановлений Правительства РФ. Несмотря на отдельные сложности в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», он сыграл важную роль в здравоохранении — впервые за последние 16 лет Правительство РФ существенно увеличило государственные ассигнования на здравоохранение (на 54% с 2005 по 2007 г. из бюджетов всех уровней) и приступило к решению отдельных самых насущных проблем здравоохранения (подробно — см. раздел 5.20.2). На этом этапе также был принят Федеральный закон № 174-ФЗ от 3 ноября 2006 г. «Об автономных учреждениях», который предусматривает организацию автономных учреждений в здравоохранении только путем создания нового учреждения, т.е. был введен запрет на перевод в автономные учреждения существующих бюджетных учреждений здравоохранения.

Также был принят Федеральный закон № 258-ФЗ от 29 декабря 2006 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий», который предусматривает дополнительные пояснения в разграничении полномочий и передачу части полномочий с федерального уровня на уровень субъекта РФ соответствующими субвенциями, например полномочия контроля над качеством медицинской помощи в МО.

Принятый в 2005 г. Федеральный закон № 94-ФЗ «О размещении поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (при всей своей правильной идео-

¹ Рабочее совещание «Пути совершенствования здравоохранения в России», 18–19 декабря 2004 г.

логии) существенно ограничивает возможности оперативного управления ресурсами бюджетных ЛПУ. Это касается, в частности, срочного приобретения медикаментов и расходных материалов. Этим законом также невозможно в полной мере регулировать вопросы цен на приобретаемые услуги, ЛС и медицинское оборудование (см. раздел 3.5.4).

Следует также отметить, что большинство законов, регулирующих деятельность здравоохранения, было инициировано Комитетом по охране здоровья Государственной Думы РФ, что говорит о слабой законодательной активности Минздравсоцразвития России.

Анализ сложившихся ключевых проблем здравоохранения и их взаимосвязи с проблемами правового обеспечения здравоохранения представлен в табл. 7. Видно, что существующая законодательная и нормативно-правовая база здравоохранения не позволяет решить многие из них.

Таблица 7

**Анализ сложившихся проблем здравоохранения
и корреспондирующих проблем в законодательной базе**

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Недостаточное финансирование государственной системы здравоохранения	В федеральных законах (ФЗ) отсутствует указание на минимальные объемы финансирования государственной системы здравоохранения. Указанный в постановлении Правительства РФ от 5 декабря 2008 г. «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 г.» средний подушевой норматив финансового обеспечения ПГГ в 2 раза ниже реальных потребностей здравоохранения. В ФЗ отсутствует указание на минимальные объемы отчислений субъектов РФ на здравоохранение (как страховой взнос на ОМС неработающего населения, так и другие расходы)
Ориентированность на нужды и оправданные ожидания пациентов	В ФЗ отсутствует указание на то, что ежегодно должен публиковаться отчет о деятельности системы здравоохранения с учетом анализа удовлетворенности пациентов. Правоприменение Указа Президента РФ № 825 «Об оценке эффективности органов исполнительной власти субъектов РФ» не сопровождается установлением целевых значений показателей, публичным обсуждением полученных результатов и ответственностью руководителей за недостижение результатов

Продолжение табл. 7

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Неравенство между субъектами РФ в обеспечении ПГГ	В ФЗ не зафиксировано обязательство Правительства РФ по созданию равных условий для всех жителей РФ при предоставлении гарантий бесплатной медицинской помощи. В ФЗ не прописано положение о необходимости и порядке выравнивания финансового обеспечения государственных гарантий между субъектами РФ
Неравенство в распределении бремени расходов на медицинские услуги между различными группами населения	В ФЗ не указаны ограничения на размеры оплаты медицинской помощи из личных средств граждан. В ФЗ не определено понятие дополнительных «сверх установленных Программой госгарантий видов и объемов медицинской помощи», соответственно нельзя разграничить платные и бесплатные медицинские услуги. Постановления Правительства № 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» и № 255 от 6 мая 2003 г. «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией», № 145-ФЗ «Бюджетный кодекс РФ» от 31 июля 1998 г. (ст. 69.2), регулирующие платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях, не позволяют решить этот вопрос. В ФЗ не указано на необходимость освобождения малообеспеченных категорий населения от платных услуг
Недостаточное обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях и высокие цены на ЛС	В ФЗ не указано, что все население РФ (а не только его отдельные категории) имеет право на лекарственную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачиваемую из солидарных источников (системы ОМС) или совместно с личными средствами граждан. Существующий № 94-ФЗ недостаточно эффективен для снижения цены при проведении государственных закупок на ЛС. В ФЗ не указано на необходимость жесткого государственного регулирования цен на ЛС и установления предельных цен по государственным закупкам
Наличие множества распорядителей средств здравоохранения и раздельное финансирование содержания инфраструктуры учреждений и медицинских услуг	Введение ФЗ о разграничении полномочий в системе здравоохранения привело к раздельному финансированию отдельных видов медицинской помощи, а также других мер по охране здоровья по уровням власти. При этом в ФЗ не предусмотрено никакого компенсирующего механизма для интеграции системы управления здравоохранением и компенсации дефицита финансирования по отдельным видам медицинской помощи в субъектах РФ

Продолжение табл. 7

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Низкая квалификация медицинских кадров	В ФЗ нет указаний о внедрении системы непрерывного последиplomного медицинского образования и соответствующей необходимости ежегодного накопления медицинскими работниками установленного числа кредитов (часов образовательной активности), как это имеет место во всех развитых странах. В ФЗ нет указания на предоставление свидетельства о ежегодном накоплении кредитов как условия продления сертификата специалиста. В ФЗ нет указания на обязательность использования в ежедневной практике клинических рекомендаций профессиональных медицинских обществ
Низкая мотивация медицинских кадров к качественному труду	В ФЗ нет указаний на минимальный размер оплаты труда в здравоохранении и на необходимость привязки системы оплаты труда к показателям качества работы. В ФЗ нет указания на недопущение снижения оплаты труда медицинских работников ниже, чем уровень оплаты труда в промышленности. Социальные льготы и надбавки для медицинских работников, работающих в опасных и вредных условиях труда и сельской местности, явно недостаточны
Неэффективность использования материально-технических ресурсов здравоохранения	В ФЗ нет упоминания об эффективности использования материально-технических ресурсов здравоохранения и необходимости мониторинга и контроля за эффективностью использования материально-технических ресурсов здравоохранения
Низкая информатизация здравоохранения	В ФЗ нет указания на необходимость развития информатизации в здравоохранении и разработки соответствующих стандартов
Слабый инновационный потенциал медицинской науки	В ФЗ нет указания на минимальные требования к финансированию медицинской науки, качеству научных разработок и порядку определения приоритетов развития медицинской науки
Неэффективная организация медицинской помощи населению	В ФЗ: - нет указания на необходимость развития производственной медицины и «школьной» медицины; - не даны определения стандартов, медико-экономических стандартов и порядков оказания медицинской помощи, а также не указаны правила их разработки; - не указано, что ПГГ должна быть определена через перечни ЛС и перечни медицинских услуг; - не указано, за кем установлены полномочия по организации и финансированию специализированной медицинской помощи

Окончание табл. 7

Проблема в здравоохранении	Проблемы в законодательной и нормативно-правовой базе
Неудовлетворительное КМП	В ФЗ: • не определено понятие КМП; • не указано на необходимость ежегодного предоставления публичного отчета о КМП; • не указано на необходимость управления КМП и наличия единой Концепции управления КМП; • нет указания на обязательность наличия стандартов качества медицинских организаций и не определена процедура контроля их соблюдения. Право на информацию о качестве услуг, прописанное в ФЗ № 2300-1 «О защите прав потребителей», не реализовано
Неэффективное управление здравоохранением	В ФЗ: • нет указания на обязательность разработки федеральной и региональных Стратегий развития здравоохранения с соответствующими механизмами реализации мониторинга; не предусмотрена ответственность руководителей органов здравоохранения за неисполнение целевых показателей этих Стратегий; • нет указания на возможность административного влияния федерального уровня управления здравоохранением на региональный уровень, а регионального — на муниципальный; • не определены критерии и нет порядка принятия управленческих решений в здравоохранении, в том числе нет указания на необходимость обязательного профессионального экспертного обсуждения принимаемых решений
Недостаточное государственное регулирование	В ФЗ нет указаний на необходимость регулирования цен на ЛС и тарифов на медицинские услуги и установления предельных цен на ЛС
Недостаточная экономия издержек	В ФЗ нет указания на необходимость мониторинга непроизводительных издержек и не определено понятие экономической эффективности в здравоохранении

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Проблемы правового обеспечения деятельности по охране здоровья населения РФ»

- Основная законодательная активность в области здравоохранения происходила 16 лет назад.

- ▶ Правовое обеспечение деятельности системы здравоохранения страны определяется законами непрямого действия, а также законами, большинство норм которых носят общий характер и не отражают насущных потребностей отрасли.
- ▶ Поправки, принятые в основные законы здравоохранения, связанные с разделением полномочий между уровнями власти, ухудшили ситуацию в отрасли, привели к неисполнению гарантий государства в оказании бесплатной медицинской помощи, создали неравенство между субъектами РФ в реализации этих гарантий и привели к существенной дезинтеграции системы управления здравоохранением.
- ▶ Спад законодательной активности за последние 10 лет (в том числе отсутствие обсуждения даже разработанных законопроектов) во многом определяется отсутствием стратегии развития отрасли, а также недостаточным влиянием со стороны профессионального и гражданского сообществ.
- ▶ Все эти факторы являются существенным препятствием для эффективного развития системы здравоохранения. После принятия «Стратегии развития здравоохранения до 2020 г.» необходимо немедленно приступить к актуализации законодательной и нормативно-правовой базы здравоохранения в соответствии с поставленными в этой Стратегии целями и задачами.

3.9. Интегральная оценка эффективности деятельности здравоохранения РФ

Оценка эффективности деятельности здравоохранения РФ представлена по показателям, которые наиболее часто используются при международных сопоставлениях и ежегодных отчетах (табл. 8). Для сравнения выбрано среднее значение этих показателей по странам ОЭСР. Показатели разбиты по ключевым блокам — показатели здоровья, равенство, доступность, качество и безопасность медицинской помощи и др. Следует отметить, что сегодня особое внимание в развитых странах наряду с вышеуказанными показателями уделяется

экономической эффективности и способности системы здравоохранения к инновациям (Murray C. et al., 2000). Из таблицы 8 видно, что Россия существенно отстает по всем показателям от развитых стран, а некоторые из них вообще не измеряются, например безопасность пациентов и экономическая эффективность системы. Наибольшие отставания проявляются в показателях равенства. В нашей стране имеются значительные различия между населением, проживающим в различных субъектах РФ, городским и сельским населением, между бедными и богатыми группами. Эти различия касаются показателей здоровья, доступности медицинской помощи и бремени расходов на медицинские услуги из личных средств граждан. Обращает на себя внимание также крайне низкая ориентированность здравоохранения на нужды пациента и низкая доступность медицинской помощи для наших граждан.

Все это говорит о том, что российское здравоохранение значительно менее социально ориентировано и менее эффективно, чем здравоохранение стран с развитой рыночной экономикой, и что правительству предстоит долгий и серьезный путь в улучшении системы здравоохранения для достижения показателей, характеризующих здравоохранение развитых в отношении социальных обязательств стран.

Таблица 8

Интегральная оценка эффективности деятельности системы здравоохранения РФ в сравнении со странами ОЭСР (2007 г.)

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Показатели здоровья населения</i>			
1	Ожидаемая продолжительность жизни (оба пола)	67,5 года	78,9 года
2	Младенческая смертность	9,4	5,2
3	Предотвратимая смертность. Измеряется в числе потенциально потерянных лет жизни (PYLL) на 100 тыс. населения	Не измеряется	3700

Продолжение табл. 8

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Показатели здоровья населения</i>			
4	Число лиц трудоспособного возраста (до 65 лет, для РФ — 60 лет), ограниченных в любой активности из-за физических, умственных и эмоциональных проблем	16% ¹	12%
<i>Ориентированность системы здравоохранения на пациентов</i>			
5	Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи	31%	70%
<i>Ориентированность системы здравоохранения на пациентов</i>			
6	Доля пациентов, медицинская помощь которым координируется врачом общей практики (или имеет постоянного врача в первичном звене)	не измеряется	90–70% (лучшие)
7	Доля пациентов, указавших на хорошие взаимоотношения с врачом (вежливость, внимательность и уважение)	Систематически не измеряется; 55% по данным отдельных исследований ²	74%
<i>Равенство различных групп населения (в показателях здоровья, в бремени расходов на медицинскую помощь, в доступности медицинской помощи)</i>			
8	Разница между показателями здоровья в различных регионах страны — отношение общего коэффициента смертности в регионах с худшими показателями к его среднему значению по РФ	1,5	1,1–1,15
9	Разница в долях расходов на медицинскую помощь и ЛС из своих доходов у 20% самых богатых и 20% самых бедных домохозяйств (за вычетом расходов на питание)	1,5 ³	1,0–1,2
10	Разница в доступности медицинской помощи между сельским и городским населением (обращаемость за амбулаторной помощью)	1,5 ⁴	1,0 (лучшие)

Продолжение табл. 8

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Доступность медицинской помощи для населения</i>			
11	Доля застрахованного населения	~100%	100% (большинство стран)
12	Доля личных расходов на здравоохранение в структуре расходов на здравоохранение	32%	23%
13	Доля пациентов, которые могут увидеть ВОП (или участкового врача) в тот же или на следующий день после возникновения заболевания	65% ⁵	80%
14	Время ожидания плановой высокотехнологичной операции (за искл. трансплантации)	Не измеряется	От нескольких недель (Франция, Германия, Нидерланды) до 3 мес (Великобритания)
15	Доля пациентов, к которым скорая помощь по срочному вызову доезжает в течение 15 мин после вызова	80% (за 25 мин, точной статистики нет)	90%
16	Доля пациентов, отложивших обращение за медицинской помощью из-за ее стоимости	систематически не измеряется	1–5%
17	Доля домохозяйств, тратящих из своих доходов на медицинскую помощь и ЛС более чем 10% от своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	75–80% ⁶	Не более 3–5% (лучшие)
18	Доля домохозяйств, несущих «катастрофические» расходы, т.е. более 30% от своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	9% ⁷	3%
19	Доля длительно незаполненных вакансий из всех имеющихся в здравоохранении	20% ⁸	14%
<i>Качество и безопасность медицинской помощи</i>			
20	Профилактика: распространенность табакокурения среди взрослого населения	50%	24%

Продолжение табл. 8

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Качество и безопасность медицинской помощи</i>			
21	Профилактика: доля пациентов, получивших консультации врачей первичного контакта по здоровому образу жизни	Не измеряется	90%
22	Эффективность лечения: соответствие лечения клиническим рекомендациям профессиональных обществ	Не измеряется (экспертно обеспеченность клиническими рекомендациями врачей 10–15%)	80–90%
23	Эффективность лечения: летальность пациентов с инфарктом миокарда в стационаре	20%	10%
24	Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с колоректальным раком	48%	59%
25	Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с раком шейки матки	68%	72%
26	Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с раком молочной железы	56%	85%
27	Эффективность лечения: смертность от бронхиальной астмы на 100 тыс. взрослого населения (старше 18 лет)	2,3	0,18
28	Эффективность медико-социальной помощи: доля пациентов, имеющих пролежни в домах сестринского ухода из общего числа пациентов, имеющих риск их развития	Не измеряется	5%
29	Безопасность пациентов: доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарных условиях	Не измеряется	4,4% (для заболеваний сердечно-сосудистой системы)
30	Число пациентов, заявивших о медицинской ошибке во время лечения	Не измеряется	5–6%

Продолжение табл. 8

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Качество и безопасность медицинской помощи</i>			
31	Стандартизованный (по полу, возрасту, диагнозу и длительности пребывания в стационаре) коэффициент летальности в стационаре (отношение фактической к ожидаемой летальности)	Не измеряется	85%
<i>Экономическая эффективность</i>			
32	Макроэффективность: соотношение вложений в здравоохранение и показателей здоровья населения	Самая низкая из всех стран ОЭСР, имеющих близкие подушевые расходы на здравоохранение (Польша, Турция)	При вложениях до 2000 \$ППС, Финляндия, Испания, Португалия, Новая Зеландия ⁹ имеют продолжительность жизни — 79–80
33	Эффективность использования ресурсов: средняя длительность пребывания больного на койках интенсивного лечения	10,5	6,5
34	Эффективность использования ресурсов: число коек интенсивного лечения на 10 тыс. населения	8	3,9
35	Эффективность использования ресурсов: доля пациентов, госпитализированных в стационар, лечение которых можно было бы проводить амбулаторно	30%	3%
36	Производительность труда (т.е. соотношение объемов медицинской помощи и числа врачей)	Не измеряется	1,4% ежегодный рост (Нидерланды)
37	Наличие конкуренции между поставщиками медицинских услуг	Нет	Активно внедряется в большинстве стран
<i>Способность системы к улучшению и внедрению инноваций</i>			
38	Наличие позитивной динамики в эффективности деятельности системы здравоохранения	Не измеряется	Мониторингуются практически во всех странах

Окончание табл. 8

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Способность системы к улучшению и внедрению инноваций</i>			
39	Наличие Стратегии развития здравоохранения и ежегодных отчетов по качеству	Нет	Имеются практически во всех странах
40	Использование современных медицинских технологий: число КТ-аппаратов на 1 млн населения	5,6	20,6
41	Использование современных медицинских технологий: число МРТ-аппаратов на 1 млн населения	2,3	10
42	Использование современных медицинских технологий: число маммографов на 1 млн населения	13,5	20
43	Проведение операций реваскуляризации на сердце на 100 тыс. населения	~36,4	249
44	Использование врачами электронных историй болезни	8%	90% — лучшие (Великобритания, Нидерланды), 25–30% — худшие (США, Канада)
45	Расходы на НИОКР по медицинской науке в доле ВВП	0,03%	0,3% (лучшие)

¹ Для РФ для возраста до 60 лет, рассчитано по числу инвалидов трудоспособного возраста.

² ЗАО «СК «Самара-Мед»» 2009, анкетирование застрахованных.

³ С.В. Шишкин (2007).

⁴ По данным исследования НОБУС, РМЭЗ (Шишкин С.В., 2007).

⁵ По данным опроса центра ИПМ (исследования, прогнозы, мониторинг), среднее значение числа респондентов, положительно ответивших на вопрос: «Легко или достаточно легко попасть на прием к участковому врачу?» (Шишкин С.В., 2007).

⁶ Рассчитано по средним значениям расходов домохозяйств с различными доходами (Шишкин С.В., 2007).

⁷ По данным обследования НОБУС, РМЭЗ (Шишкин С.В., 2007).

⁸ Рассчитано экспертно по данным Минздравсоцразвития России (см. раздел 3.3.1).

⁹ Оценено по показателю наименьших государственных подушевых расходов (в зоне от 1500–2000 \$ППС) для достижения средних значений ОПЖ и общего коэффициента смертности для стран ОЭСР, см. рис. 21.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ»

Ключевыми проблемами здравоохранения являются:

1. **Недофинансирование** из государственных источников как минимум в 2 раза и несправедливое распределение государственных средств на медицинскую помощь по ПГГ между регионами, городом и сельской местностью.
 2. **Несоответствие предоставляемых объемов медицинской помощи населению возросшим потребностям в ней:** уровень общей заболеваемости населения, коррелирующий со смертностью, с 1990 по 2007 г. возрос на 39%, а нормативы объемов медицинской помощи по программе госгарантий — не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились.
 3. **Неэффективное управление финансированием:** наличие множества плательщиков и распорядителей средств по программе госгарантий; отсутствие единых способов оплаты за медицинскую помощь, а также предельных тарифов на медицинские услуги, лекарственные средства и медицинское оборудование, приобретаемые за государственный счет. Все это приводит к размыванию ответственности за ПГГ, к неэффективному расходованию государственных средств и создает условия для коррупции.
 4. **Неэффективное кадровое и материально-техническое обеспечение системы здравоохранения.** В РФ нет переизбытка медицинских кадров, а имеет место их неоптимальная структура — избыток врачей-специалистов и недостаток врачей первичного звена (как минимум в 1,7 раза). Низкие заработные платы медицинских работников (на 30% ниже, чем средняя заработная плата по РФ) определяют низкую мотивацию к качественному труду и отток кадров из отрасли. Неудовлетворительная квалификация медицинских работников, связанная с несовершенством системы базового и послевузовского образования, приводит к неоптимальным результатам лечения, врачебным ошибкам и нерациональному использованию ресурсов.
- В РФ нет переизбытка коечного фонда, а имеет место его неоптимальная структура — переизбыток коек интенсивного лечения (в 2 раза) и недостаток коек долечивания и длительного ухода (в 2 раза), а также не-

удовлетворительное материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения.

5. **Неэффективная организация медицинской помощи:** низкая доступность первичной медико-санитарной помощи, особенно для населения трудоспособного возраста и школьников, а также недостаточное бесплатное обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях. Как следствие — рост запущенных случаев заболеваний и нерациональное использование более дорогостоящих видов лечения. Акцент в государственных программах направлен на плохо контролируемые, коррупционнoемкие инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования), вместо развития кадрового потенциала и государственных закупок лекарственных средств.
6. **Неэффективное управление системой здравоохранения,** которое проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов; недостаточным использованием экономически эффективных инструментов управления и низкой научной обоснованностью принимаемых решений. Все это приводит к неэффективному расходованию государственных ресурсов и снижению авторитета государственной власти.

Неизбежное прими достойно.

Сенека¹

Каждый год у нас чего-нибудь мало либо совсем нет; каждый год с весны мы надеемся, а осенью видим наши надежды разрушенными; но и за всем тем не ропщем, потому что вновь впредь надеемся.

М.Е. Салтыков-Щедрин

РАЗДЕЛ 4

Внешние вызовы системе здравоохранения РФ до 2020 г. и ожидания заинтересованных сторон

На основании существующих прогнозов до 2020 г. проанализированы демографические, эпидемиологические, экономические, социальные, технологические и экологические факторы, влияние которых скажется на системе здравоохранения, а также ожидания заинтересованных сторон, которые необходимо учесть при формировании Стратегии здравоохранения на долгосрочный период.

4.1. Внешние вызовы системе здравоохранения

4.1.1. Демографические и эпидемиологические вызовы

Росстат России (2008 г.) дает три варианта прогноза численности населения и демографических показателей РФ к 2020 г.: пессимистичный (низкий), средний и нормативный (высокий) варианты прогноза.

Пессимистичный прогноз — это экстраполяция существующих демографических тенденций на будущие периоды, средний (наиболее реалистичный) — частично реализуются меры по демографической политике, нормативный — отражает цели, поставленные в «Концепции демографической политики до 2025 г.» и «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.».

¹ Сенека Луций младший (ок. 4 г. до н.э.—65 г. н.э.) — политический деятель, философ и писатель.

По пессимистичному варианту прогноза Росстата (т.е. варианта без каких-либо целенаправленных действий по улучшению ситуации) численность населения РФ к 2020 г. сократится на 5,3 млн человек (табл. 9). По нормативному (высокому) варианту прогноза, т.е. с учетом мероприятий государственной политики, направленной на улучшение ситуации, число граждан РФ возрастет на 2 млн человек и составит 144 млн.

По всем трем вариантам Росстата (пессимистичному, среднему и нормативному) численность трудоспособного населения страны **сократится** не менее чем на 11 млн человек, а число граждан старше

Таблица 9

Прогнозы Росстата по демографическим показателям до 2020 г.

Показатель		2008 г.	2020 г.			Цели, поставленные Правительством РФ *
			Низкий вариант	Средний вариант	Высокий вариант	
Численность населения, млн чел.		142	136,7	141,5	144	143
Рождаемость на 1000 чел.		11,3	9,5	10,7	11,6	—
Суммарный коэффициент рождаемости		1,4**	1,4	1,6	1,8	1,95***
Общий коэффициент смертности на 1000 чел.		14,6	16,3	14,1	13	11
ОПЖ, лет		67,7	68	71	72,6	73
Трудоспособное население	численность, млн чел.	89,7	77,5	78,6	79,3	—
	доля, %	63	56,4	55,5	55,2	—
Население старше трудоспособного возраста	численность, млн чел.	29,7	35,4	36,6	37	—
	доля, %	21	25,8	25,9	25,8	—

* «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р и «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351.

** в 2007 г.

*** к 2025 г.

трудоспособного возраста **возрастет** на 5–7 млн. В результате доля трудоспособного населения уменьшится с 63 до 55–57%, а населения старшего трудоспособного возраста увеличится с 21 до 25–26%.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по пессимистичному варианту не изменится, а по нормативному (высокому) — увеличится почти до 73 лет. Смертность населения по пессимистичному варианту возрастет на 12% и составит 16,3; по нормативному (высокому) варианту уменьшится на 10% и составит 13,0. Следует отметить, что даже нормативный (высокий) вариант прогноза Росстата дает худшие значения показателей, чем те, которые представлены в руководящих документах Правительства РФ к 2020 г. (правый крайний столбец табл. 9). Реально достичь таких показателей: снижения общего коэффициента смертности до 11,0 и увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет можно будет, **только повысив** финансирование здравоохранения как минимум в 2 раза (см. раздел 3.2.2).

Рождаемость по нормативному (высокому) варианту должна увеличиться только на 2,5%. Такое небольшое увеличение объяснимо фундаментальными причинами, а именно существенным снижением числа российских женщин детородного возраста в предстоящие годы (рис. 39). Достаточно точно можно оценить это снижение, например, через 10 лет (к 2018 г.), если эквидистантно перенести вправо на 10 лет кривую распределения численности женщин по возрасту на 01.01.2008 г. (см. рис. 39).

В результате с достаточной точностью можно получить реальную кривую распределения женщин детородного возраста на 01.01.2018 г. На 01.01.2008 г. число женщин детородного возраста (когорта от 15–19 лет до 40–44 лет) составляет 33,4 млн, а на 01.01.2018 г. это число будет равняться не более 28,4 млн человек (без учета смертности), т.е. на 15% меньше. И ничего здесь изменить нельзя.

Для системы здравоохранения такие прогнозы означают:

— приоритетное внимание необходимо уделить улучшению состояния здоровья трудоспособного населения; в том числе расширению

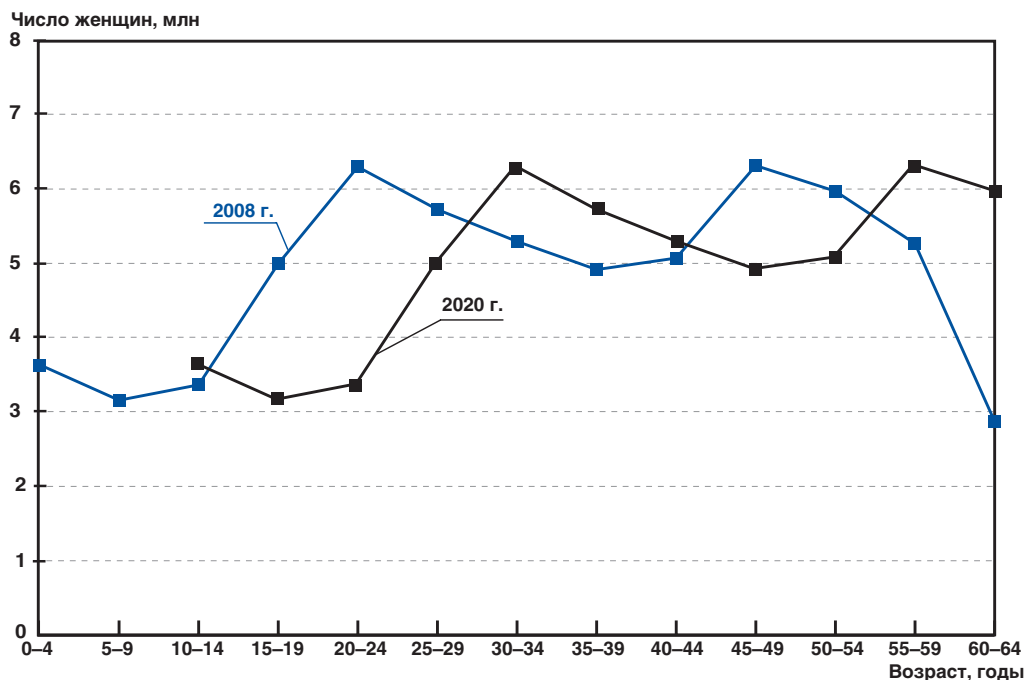


Рис. 39. Распределение численности женщин по возрасту на 1 января 2008 (синяя кривая) и на 1 января 2018 г. (черная кривая)

доступности медицинской помощи и улучшению условий труда на производстве;

— каждую будущую мать, каждого ребенка надо рассматривать как важнейший фонд страны, сохранять и укреплять их здоровье. В этих условиях просто необходимо сохранить, модернизировать и приумножить потенциал педиатрической службы в нашей стране;

— неуклонное увеличение доли пожилых диктует необходимость поддержания их здоровья и развития служб долговременного ухода за теми, кто вследствие старения или инвалидизации лишается возможности самообслуживания. В самой отрасли увеличение доли пожилых среди работников здравоохранения и соответственно устаревание их профессионально-квалификационных навыков потребует мер по повышению их квалификации.

Что касается структуры заболеваемости, то тенденция к распространению хронических неинфекционных заболеваний сохранится вследствие роста доли пожилого населения, а также невысокой возможности за предстоящее десятилетие существенно снизить влияние на здоровье таких факторов, как табакокурение, алкоголизм, малоподвижный образ жизни.

В связи с экономическим кризисом можно также предположить рост алкоголизма, наркомании и связанного с ними роста заболеваемости, увеличение числа насильственных смертей и самоубийств, а также распространенности депрессивных состояний среди населения. Неизбежное увеличение числа мигрантов может обусловить рост социально значимых заболеваний: туберкулеза, СПИДа, инфекций, передаваемых половым путем.

Для здравоохранения это означает, что необходимы следующие меры:

- акцент на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний системы кровообращения, онкологических заболеваний и психических нарушений;
- активная профилактика алкоголизма, табакокурения, малоподвижного образа жизни всеми доступными мерами, в том числе путем медико-санитарного просвещения населения;
- контроль социально значимых заболеваний.

4.1.2. Экономические вызовы

Предусмотренный в период до 2020 г. ежегодный рост на 6% ВВП страны замедлится в 2009–2011 гг. вследствие **влияния экономического кризиса**. Снижение ВВП будет усугубляться **снижением производительности труда, безработицей и увеличением числа дней нетрудоспособности** (вследствие возможного роста заболеваемости от увеличения употребления алкоголя и депрессивных состояний). Здравоохранению в этот период необходимо всеми мерами способствовать повышению ВВП путем улучшения здоровья работающих,

что приведет к росту производительности труда, сокращению числа дней нетрудоспособности, а также инвалидности среди работающего населения (см. раздел 10).

Прогнозируемое **снижение числа лиц трудоспособного возраста** вкупе с высокими показателями заболеваемости и смертности этой категории населения могут уже с 2011 г. привести к **дефициту рабочей силы**. Предложения экспертов по компенсации этого дефицита путем продления пенсионного возраста логичны, но не могут быть вполне реализованы, поскольку сегодня до 65 лет доживают менее 50% мужчин (рис. 40). Поэтому важнейшим условием реализации названного предложения являются увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья мужчин трудоспособного возраста.

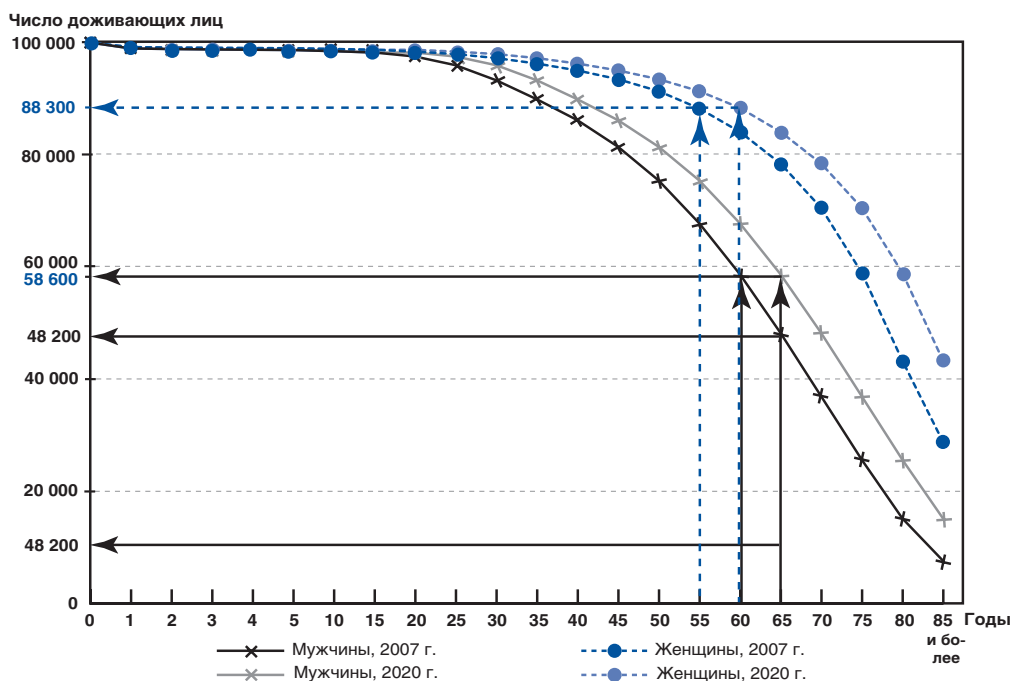


Рис. 40. Зависимость числа доживающих до определенного возраста от величины самого возраста жизни по 2 вариантам:

1-й вариант — 2007 г.; 2-й — 2020 г. (при условии увеличения ОПЖ на 5 лет)

Для системы здравоохранения вышеуказанные вызовы означают, что совместно с работодателями предстоит разработать и внедрить специальные массовые программы, направленные на сохранение здоровья работающего населения, в том числе по охране труда на производстве и приближению медицинской помощи к работникам, т.е. восстановлению производственной медицины на крупных предприятиях.

Смерть от предотвратимых причин каждого трудоспособного гражданина или выход его на инвалидность должны рассматриваться как чрезвычайное происшествие. По подсчетам автора (см. раздел 10), поэтапное (с 2008 по 2020 г.) снижение смертности трудоспособного населения в 2 раза и числа дней нетрудоспособности на 25% с соответствующим поэтапным продлением трудового возраста на 5 лет (для мужчин до 65 лет и женщин до 60 лет) даст прямой вклад в экономику страны — 34,8 трлн руб. в ценах 2008 г., или 84% от ВВП 2008 г., т.е. плюс 6% ВВП ежегодно.

Сокращение численности трудоспособного населения потребует более активной реабилитации инвалидов. Это означает, что системе здравоохранения будет необходимо разработать набор требований и условия, при которых разные группы инвалидов могут привлекаться к трудовой деятельности.

Следует обратить внимание, что снижение ВВП страны при одновременном увеличении социальных расходов государства (увеличение пенсионных выплат, предусмотренное Правительством РФ с 2010 г.) приведет к **серьезной конкуренции за бюджетные средства среди ведомств-бюджетополучателей**. Это может создать сложности в отстаивании позиции здравоохранения по увеличению финансирования в этот период.

Более того, в подготовленной Минэкономразвития РФ посткризисной программе в качестве основной задачи определено снижение инфляции. Это создает условия для появления «длинных» денег. Прогнозируется, что среднегодовая инфляция сократится с 12,4% в 2009 г. до 7,5% в 2012 г. Для борьбы с инфляцией Правительство РФ

намерено сокращать дефицит бюджета с 8,3% ВВП в 2009 г. до 6,8% ВВП в 2010 г. и до 4 и 3% в 2011 и 2012 гг.¹ соответственно. Утверждается, что резервы для сокращения госрасходов есть, **например оптимизация, т.е. сокращение этих расходов в здравоохранении и образовании.** Впервые за многие годы в 2010 г. расходы федерального бюджета будут сокращены в номинальном выражении до 9,887 трлн руб. (с 9,931 трлн руб. в 2009 г.) и до 9,390 трлн руб. в 2011 г., и до 9,681 трлн руб. в 2012 г.

Это означает, что реальные расходы федерального бюджета без учета инфляции упадут минимум на 25%. Такая ситуация недопустима для отрасли здравоохранения, расходы на которую должны увеличиваться; поскольку при всех прочих равных условиях опережающий рост финансирования здравоохранения страны в 2 раза к 2014 г. позволит обеспечить самое главное — **сбережение и рост численности населения России** (см. раздел 10).

Для увеличения объемов финансирования здравоохранения придется изыскивать дополнительные доходные источники, например повышать ставки страховых взносов, увеличить в разы специальные дополнительные целевые налоги (акцизы на табак и алкоголь) и, наконец, ввести прогрессивную шкалу налогообложения с доходов и недвижимости (см. раздел 2.4).

Кроме роста расходов на здравоохранение необходимо также существенно повысить эффективность использования финансовых ресурсов в отрасли, добиться снижения непроизводительных издержек и использования механизмов частно-государственного партнерства, например привлечения средств частных инвесторов в строительстве инфраструктуры МО или частных поставщиков медицинских услуг в реализации ПГГ.

¹ Товкайло М. Забыть о кризисе // Газ. «Ведомости». — № 177 (2447). — 2009. — 21 сент.

4.1.3. Социальные вызовы

Нарастание социального неравенства и региональной дифференциации будет только усиливаться в условиях экономического кризиса. В этот период также увеличится обращаемость за медицинской помощью и снизится возможность оплачивать ее из личных средств граждан, особенно в бедных субъектах РФ и бедных слоях населения во всей стране. Низкая доступность медицинской помощи, повышение потребностей в ней и усугубляющееся неравенство в возможностях граждан оплачивать медицинские услуги из личных средств могут привести к росту напряженности в обществе. Поэтому первоочередными мерами со стороны здравоохранения в ближайшие годы должны стать выравнивание финансового обеспечения территориальной ПГГ в регионах и повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи, в первую очередь амбулаторно-поликлинической. По мере улучшения экономической ситуации в стране необходимо расширение доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

4.1.4. Организационно-управленческие вызовы

Низкий уровень управленческих кадров отрасли и низкая эффективность государственного управления в стране в целом могут стать существенным препятствием на пути повышения эффективности здравоохранения. Президент РФ Д. Медведев в бюджетном послании¹ в мае 2009 г. четко определил, что страна должна перейти на принципы управления по результатам и существенно снизить уровень коррупции в стране. Это потребует инновационных систем обучения управленческого персонала, внедрения прозрачной системы отчетности и введения жесткой системы ответственности и мотивации всех уровней управления здравоохранением за достижение запланированных результатов.

¹ Бюджетное послание Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2010–2012 годах, от 25 мая 2009 г. (<http://www.kremlin.ru/text/appears/2009/05/216772.shtml>).

4.1.5. Технологические вызовы

Глобализация информации, ускоренное развитие информационных и телекоммуникационных технологий — процессы, которые будут активно влиять на все отрасли экономики в ближайшее десятилетие. Для получения максимальной выгоды от их использования в здравоохранении необходимо уже сейчас разработать национальную программу информатизации, в том числе единые стандарты хранения и передачи медицинской информации, гармонизированные с европейскими. При этом к использованию обучающих информационных ресурсов (электронные медицинские библиотеки, системы поддержки принятия клинических решений и т.д.) необходимо приступить немедленно, так как на их разработку и внедрение не требуется больших вложений, а эффект можно получить существенный и в короткие сроки.

Экономически оправданны также развитие дистанционных форм обучения медицинских работников и использование в отдаленных регионах передвижных лечебно-диагностических систем с возможностями телекоммуникации. Российской медицинской науке необходимо поставить задачу разработать и внедрить системы для удаленного наблюдения за пациентами в амбулаторных условиях.

В связи с интенсивным влиянием на медицину нано- и биотехнологических разработок необходимо предусмотреть поддержку отечественных разработок по этим направлениям, имеющих наибольший инновационный потенциал.

4.1.6. Экологические вызовы

Дальнейшая урбанизация окружающей среды, загрязнение отходами промышленных предприятий (при недостаточной очистке), проживание населения на территориях, критических по экологическим показателям, будут продолжать отрицательно сказываться на здоровье населения. В этих условиях системе здравоохранения необходимо сосредоточиться на актуализации санитарных норм, контроле их исполнения, а также на реализации межсекторальных программ, направленных на улучшение экологических условий.

4.2. Ожидания заинтересованных сторон

4.2.1. Пациенты

Об ожиданиях пациентов можно судить по данным многочисленных опросов и анализу жалоб (ВЦИОМ, 2007). Эти ожидания просты: больше вежливости и внимательности со стороны медицинского персонала, меньше очередей (в поликлиниках, аптеках, на высокотехнологичную медицинскую помощь) и меньше доплат из своего кармана, а также более широкие возможности по лекарственному обеспечению в амбулаторных условиях за счет государственных средств.

4.2.2. Медицинские работники

Медицинские работники хотят достойной оплаты труда — ее повышения как минимум в 2–3 раза, чтобы не попадать в унижительную зависимость от пациентов и компенсировать свой сложный, высокотехнологичный и часто небезопасный труд. По данным С.В. Шишкина (2008), они также хотят определенности в перспективах повышения оплаты труда и дифференцированных подходов с учетом его сложности, интенсивности и качества. Они ожидают защищенности от произвола начальства при назначении дифференцированной оплаты труда и при судебных разбирательствах, связанных с жалобами пациентов; введения страхования профессиональной ответственности, улучшения условий труда, возможностей для непрерывного профессионального образования, а также дополнительных социальных льгот и уважения со стороны общества в целом.

4.2.3. Фармацевтические компании и производители медицинской техники

Другими заинтересованными и сильными игроками на рынке медицинских услуг являются фармацевтические компании и производители медицинской техники. Их давление по продвижению своей продукции на рынок, подкрепленное безудержной рекламой и денежным стимулированием врачей, будет продолжаться. Задачи здравоохранения в этих условиях: сформировать условия, при кото-

рых будут закупаться только эффективные препараты, с оптимальным соотношением цена/качество; правильно расставить приоритеты при закупке тех или иных ЛС и регулировать цены, по которым происходят закупки как в государственном секторе, так и на свободном рынке. Что касается закупки дорогостоящего оборудования, то этот процесс должен регулироваться на федеральном уровне и происходить по единой для всей страны программе. Также должны быть предусмотрены меры по увеличению закупок товаров отечественного производства при условии соблюдения заданного уровня качества продукции.

4.2.4. Другие заинтересованные стороны

Необходимо кратное увеличение финансирования на науку, которое должно проводиться с одновременным повышением эффективности вложений, а также практической значимости полученных результатов для решения насущных проблем здравоохранения.

Частные поставщики медицинских услуг и частные страховые компании будут лоббировать свои интересы. Самые распространенные предложения с их стороны — это увеличение объема государственного заказа и налоговые послабления. Для системы здравоохранения эти вопросы должны рассматриваться с точки зрения выгоды для большинства населения. Например, если размещение государственного заказа в частных учреждениях снизит очередность на получение медицинской помощи в государственном секторе при сохранении ее качества, **это выгодно для государственной системы здравоохранения**. А если налоговые послабления (фактически — вычеты из федерального, регионального и местного бюджетов) максимизируют прибыль частных организаций, но не сделают медицинскую помощь более доступной для широких слоев населения — **это государству невыгодно** (см. раздел 5.17).

Профессиональные медицинские общества должны настаивать на увеличении своей роли в принятии стратегических решений, разработке стандартов медицинской помощи, составлении перечней ЛС, непрерывном медицинском образовании и т.д. Более активное привлечение

к обсуждению медицинского сообщества при соблюдении открытости в принятии решений будет только выгодно системе здравоохранения.

Гражданское общество будет продолжать требовать справедливости, более широкого обсуждения, прозрачности при принятии решений. И этим требованиям система здравоохранения обязательно должна удовлетворять.

Средства массовой информации будут по-прежнему искать «горячие» новости, высокобюджетных спонсоров и по своим усмотрениям формировать взгляды общества. В погоне за сенсацией СМИ могут разрушить и исказить любые, даже самые правильные планы здравоохранения. Избежать этого позволят открытость, диалог, специальные научные программы и выступления. СМИ должны стать союзниками, особенно в части пропаганды здорового образа жизни и медико-санитарного просвещения населения страны.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Внешние вызовы системе здравоохранения РФ до 2020 г. и ожидания заинтересованных сторон»

Главными внешними вызовами системе здравоохранения в период до 2020 г. будут:

- ▶ демографические (высокая смертность от неинфекционных заболеваний, сокращение численности граждан трудоспособного возраста, особенно мужчин, и увеличение доли пожилого населения);
- ▶ экономические (влияние экономического кризиса, дефицит рабочей силы и необходимость продления пенсионного возраста);
- ▶ социальные (усиление дифференциации регионов и доходов населения, увеличение расслоения по доходам регионов и населения страны, нарастание бедности).

При формировании Стратегии необходимо учесть все эти вызовы, а также:

- ▶ ожидания заинтересованных сторон, главными из которых являются: для пациентов — вежливость и внимание медицинского персонала, снижение очередности и платности медицинских услуг;
- ▶ для медицинских работников — увеличение заработной платы и расширение возможностей для непрерывного повышения квалификации.

ЧАСТЬ II

Уроки реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения и анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ до 2020 г.

РАЗДЕЛ 5

Уроки реформирования отечественного
и зарубежного здравоохранения

РАЗДЕЛ 6

Анализ предложений по реформированию
здравоохранения РФ до 2020 г.

Давайте посмотрим, что нам известно, и постараемся, как можно лучше это сформулировать.

Нильс Бор¹

РАЗДЕЛ 5

Уроки реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения²

В этом разделе проанализирован опыт РФ (включая советский период) и зарубежных стран (страны ОЭСР и Китай). Представлен как позитивный опыт (достижение лучших результатов), так и примеры решений, приведших к негативным последствиям.

Анализ завершается выводами или уроками и рекомендациями для России. Принята следующая последовательность изложения вопросов: финансирование здравоохранения, ресурсное обеспечение (кадровое и материально-техническое), организация медицинской помощи и управление здравоохранением.

¹ Нильс Бор (1885–1962) — выдающийся датский физик-теоретик и общественный деятель, лауреат Нобелевской премии по физике (1922).

² При подготовке данного раздела использованы издания Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ВОЗ и аналитические обзоры по системам здравоохранения, которые указаны в списке под отдельной рубрикой. Отдельные ссылки на литературу представлены по тексту.

5.1. Сколько надо тратить на здравоохранение для достижения удовлетворительных показателей здоровья¹?

Показатели здоровья населения связаны с объемом государственных или общественных средств², направляемых на нужды здравоохранения. В странах ОЭСР этот показатель в 2007 г. вставлял не менее 6,6% от ВВП, или 73% от общего объема расходов на здравоохранение (в РФ — 3,7% ВВП, или 68% от общих расходов). В странах Северной Европы, Великобритании, Чехии, Франции и Японии доля общественного финансирования здравоохранения выше — более 80%, что позволяет этим странам обеспечивать всему населению практически полный объем необходимых медицинских услуг высокого качества.

Сопоставление подушевых государственных расходов на здравоохранение и показателей здоровья населения однозначно демонстрирует прямую зависимость между ожидаемой продолжительностью жизни и смертностью населения и объемом государственного финансирования здравоохранения в диапазоне от 0 до 1500 \$ППС (см. рис. 22 и 23 на стр. 76). Связь государственного финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения подробно обсуждалась в разделе 3.2.2. Из анализа этой зависимости следует, что объем финансирования, необходимый для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 73 года должен составлять 1200 \$ППС на душу населения в год.

Уроки

Страны с развитой рыночной экономикой, имеющие удовлетворительные показатели здоровья, финансируют здравоохранение из государственных источников на уровне 7% ВВП. Показатели здоровья населения

¹ Под удовлетворительными показателями здоровья населения в данной монографии подразумеваются ориентиры, запланированные Президентом и Правительством РФ к 2020–2025 гг., а именно общий коэффициент смертности — 11,0, ожидаемая продолжительность жизни — 73 года.

² Под государственными или общественными средствами понимаются средства ОМС и/или налоговые (см. стр. 72).

напрямую зависят от объемов государственного финансирования здравоохранения в диапазоне от 0 до 1500 \$ППС на душу населения в год.

Рекомендации для России

Для достижения показателей здоровья, запланированных в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.», необходимо поэтапное увеличение государственного финансирования здравоохранения до 6–7% ВВП (или в 2,3 раза в ценах 2007 г.).

Следует отметить, что в РФ выделения только одного источника (страховых взносов) для увеличения финансирования здравоохранения до 6% ВВП (даже при условии повышения ставки страховых взносов до 5,1% от ФОТ, предусмотренного с 2011 г.), будет недостаточно. Это связано с тем, что, во-первых, для достижения доли государственных расходов в 6–7% ВВП за рубежом ставка страховых взносов составляет в среднем 14–15% от ФОТ. Во-вторых, дополнительно к страховым взносам здравоохранение в этих странах на 20–25% финансируется из налогов. В-третьих, в РФ доля заработной платы в структуре ВВП ниже, чем в странах с развитой рыночной экономикой, и составляет, по данным Росстата (2008 г.), около 34% (против 55–70%)¹.

При обсуждении вопроса о формировании доходных источников финансирования здравоохранения РФ нужно говорить не только об увеличении тарифов страховых взносов, но и о дополнительных источниках: о централизованных налогах, о введении прогрессивной шкалы страховых взносов и налогов; об увеличении акцизов на алкоголь и табак (см. раздел 5.4).

5.2. Каким должен быть баланс между государственным (общественным) и частным финансированием здравоохранения

К государственным источникам финансирования здравоохранения относятся средства бюджетов всех уровней и средства ОМС. К частным источникам — взносы населения и работодателей, уплачиваемые в сис-

¹ Данные по России приведены без учета скрытых доходов, международные данные приведены из сборника «Международные сопоставления валового внутреннего продукта за 2005 г.», Росстат, 2008.

тему ДМС¹, а также личные средства населения. Последние за рубежом подразделяются на официальную со-оплату или соплатеж (который чаще всего производится в форме обязательного фиксированного платежа *застрахованных* граждан за гарантированные государством медицинские услуги и ЛС в момент их получения); на оплату населением ЛС, не гарантированных государством, и на оплату *незастрахованным* населением медицинских услуг.

Ни в одной из рассматриваемых стран нет 100% государственного финансирования — существуют и соплатежи населения, и взносы в систему ДМС. Соплатежи введены в странах с преимущественно государственным финансированием здравоохранения как дополнительный источник средств и мера по сдерживанию излишнего потребления медицинской помощи (например, в Германии установлена фиксированная сумма за каждый день пребывания в больнице в размере 10 евро в день; доплата за ЛС — 5–10 евро за рецепт, оплата приема у ВОП — 10 евро).

ДМС в этих странах направлено или на страхование услуг, не вошедших в программу обязательных гарантий (Нидерланды, Германия, Канада), или на получение услуг, предусмотренных гарантиями, но вне очереди и в лучших условиях (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). Во Франции страхуются также соплатежи населения (т.е. страховка компенсирует соплатежи застрахованного населения по программам ОМС). В ряде стран (США, Германия) ДМС направлено также на полное страхование части населения.

Как уже указывалось, общественные источники доминируют в большинстве стран с развитой рыночной экономикой и составляют в общих расходах на здравоохранение в среднем 73%. Доля соплатежей выросла за последние 10 лет, но в среднем не превышает 20% от общих расходов на здравоохранение; на средства ДМС приходится 5% от

¹ Средства, уплачиваемые работодателем в систему ДМС, строго говоря, не являются личными средствами граждан, но за рубежом считается, что предоставление работодателем «пакета» социальных услуг в форме страхования ДМС является косвенной прибавкой к заработной плате работника, т.е. условно его личными доходами.

общих средств. Исключение — США, Мексика, Китай, где общественные расходы составляют менее 50%, а остальные расходы покрываются из частных источников, преимущественно ДМС.

Чем выше доля государственного финансирования здравоохранения, тем в большей степени население удовлетворено качеством медицинской помощи (Tuohy С.Н., Flood К.М., 2004). Положительный тому пример — страны Северной Европы и Великобритания, государственные расходы которых на здравоохранение составляют более 80%, а удовлетворенность населения качеством медицинской помощи — 70–80%, одна из самых высоких среди стран ОЭСР (Leatherman S. et al., 2005).

Ярким отрицательным примером могут служить США и Китай. В США государственные расходы составляют только 46% от общего объема средств, а показатель удовлетворенности населения системой здравоохранения и медицинскими услугами на 15–25% ниже, чем в среднем в странах ОЭСР (АСР, 2008). И это при том, что в абсолютных показателях, т.е. на душу населения, расходы в США в 2,3 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР.

В Китае общие государственные расходы на здравоохранение низки (122 \$ППС на душу в год или 2% ВВП; 2006 г.) и их доля в общем финансировании здравоохранения упала с 80% в 1980 г. до 51% в 2006 г. (соответственно расходы населения выросли с 20 до 49%). Это существенно увеличило число недовольных медицинской помощью — до 60–65% (Hu S. et al., 2008). Поэтому сегодня проблемой номер один в Китае является увеличение доступности медицинской помощи за счет государственных средств. При этом ожидаемая продолжительность жизни в Китае на 5 лет выше, чем в России, и общий коэффициент смертности меньше, чем в РФ, и составляет 6,8 против 14,7 соответственно (Росстат, 2008).

Важно понимать, что увеличение размеров личных расходов населения сопровождается сокращением обращений за медицинской помощью (особенно среди малообеспеченных слоев населения) и соответ-

ственно приводит к ухудшению здоровья населения. Например, даже в благополучной Новой Зеландии введение соплатежей в размере 30% от стоимости визита к ВОП привело к увеличению младенческой смертности, и только после того, как в 1996 г. медицинская помощь детям до 5 лет стала бесплатной, этот показатель за 2 года улучшился на 28%, составив 5,7 на 1000 родившихся живыми (Tuohy С.Н., Flood К.М., 2004).

Высокие личные расходы населения зачастую приводят к катастрофическим расходам домохозяйств на медицинскую помощь (т.е. расходам, доля которых составляет более 30–40% от бюджета домохозяйства после вычетов расходов на питание). Это резко снижает качество жизни людей, иногда они просто отказываются от обращений к врачам. Доказано, что если доля личных расходов населения составляет в общих расходах на здравоохранение менее 15%, то риск возникновения катастрофических расходов значительно снижается (Ху К., 2007). Это означает, что минимальная доля государственного финансирования здравоохранения должна составлять не менее 80%, а частные расходы (включая личные расходы населения и взносы в систему ДМС) — не более 20%.

Расширение объемов финансирования медицинской помощи через ДМС хоть и является более предпочтительной формой оплаты медицинских услуг по сравнению с личными платежами граждан (поскольку является солидарной формой, правда, для ограниченного числа граждан), но также не способствует улучшению здоровья населения и может подорвать доступность общественной системы здравоохранения. Например, в Великобритании и Новой Зеландии расширение параллельного сектора ДМС для определенных видов стационарных услуг (в частности, получение высокотехнологичной помощи вне общей очереди) не привело к ожидаемому снижению очередности в государственном секторе здравоохранения, а, наоборот, вызвало отток ресурсов из общественной системы здравоохранения. Этот феномен возникает из-за увеличения занятости в частном секторе врачей, работающих в государственных учреждениях, и отбора более «легких»

пациентов в систему ДМС, вследствие чего в общественной системе остаются более «тяжелые», а значит, и более затратные случаи.

В США наличие системы ДМС как способа финансирования медицинской помощи для 73% населения (только 27% населения США подлжит страхованию через государственные программы — малообеспеченные категории, пенсионеры, дети и инвалиды) привело к тому, что из-за непомерно высоких затрат на этот вид страхования 16% населения оказались вообще незастрахованными — преимущественно представители малого бизнеса (АМА, 2008). Многие эксперты считают, что сложности в оплате высоких взносов на ДМС малым бизнесом являются косвенным препятствием для его дальнейшего развития.

Уроки

Чем выше доля государственного (общественного) финансирования здравоохранения, тем выше удовлетворенность населения медицинской помощью и выше доступность медицинской помощи. Снижение доли общественного финансирования здравоохранения приводит к ухудшению показателей здоровья. Оптимальный уровень государственных расходов — выше 80% от всех расходов.

Рекомендации для России

Во-первых, нельзя отказываться от существующей для всех граждан солидарной системы финансирования здравоохранения из государственных источников в пользу ДМС (которое обеспечивает страхование только для отдельных категорий граждан или с высокими доходами, или работающих в крупных национальных корпорациях). Во-вторых, наряду с общим увеличением финансирования здравоохранения необходимо поддерживать долю из общественных источников на уровне не ниже 80%, что будет способствовать улучшению здоровья населения и повышению его удовлетворенности медицинской помощью. В-третьих, в целях ликвидации практики неофициальных платежей и нерегулируемых платных услуг за обслуживание в медицинских учреждениях страны можно подумать о введении фиксированных соплатежей

пациентов за медицинские услуги (с освобождением от них определенных категорий населения) и о расширении роли ДМС в оплате услуг, не гарантированных по ПГГ.

5.3. На какой модели государственного финансирования здравоохранения остановить выбор

Все страны по способу финансирования здравоохранения из общественных источников можно условно разделить на две модели.

В первой — **бюджетной модели** — средства формируются из центрально собираемых налогов; функция сбора осуществляется государственными структурами; функция аккумуляирования и оплаты (закупки) медицинских услуг возложена на центральные и региональные органы управления здравоохранением. Первая модель существовала ранее в Советском Союзе и странах соцлагеря, сегодня она действует в Великобритании, Дании, Испании, Италии, Новой Зеландии, Норвегии, Португалии, Финляндии, Швеции.

Во второй — **модели ОМС** — источниками финансирования являются страховые взносы работников и работодателей; функции сбора, аккумуляирования и оплаты (закупки) медицинских услуг для населения осуществляют страховые фонды (в Германии они называются больничными кассами). Модель ОМС существует в Австрии, Бельгии, Германии, Израиле, Люксембурге, Нидерландах, Франции, Чехии, Швейцарии. Упрощенно эти модели финансирования и организации медицинской помощи представлены на рис. 41 (на примере Великобритании) и на рис. 42 (на примере Германии).

Принципиальных преимуществ та или иная модель не имеет. Рассмотрим плюсы и минусы каждой из моделей и направления их реформирования, которые сегодня осуществляются в этих странах.

Бюджетная модель проще в управлении, так как существует единая вертикаль управления денежными средствами и поставщиками

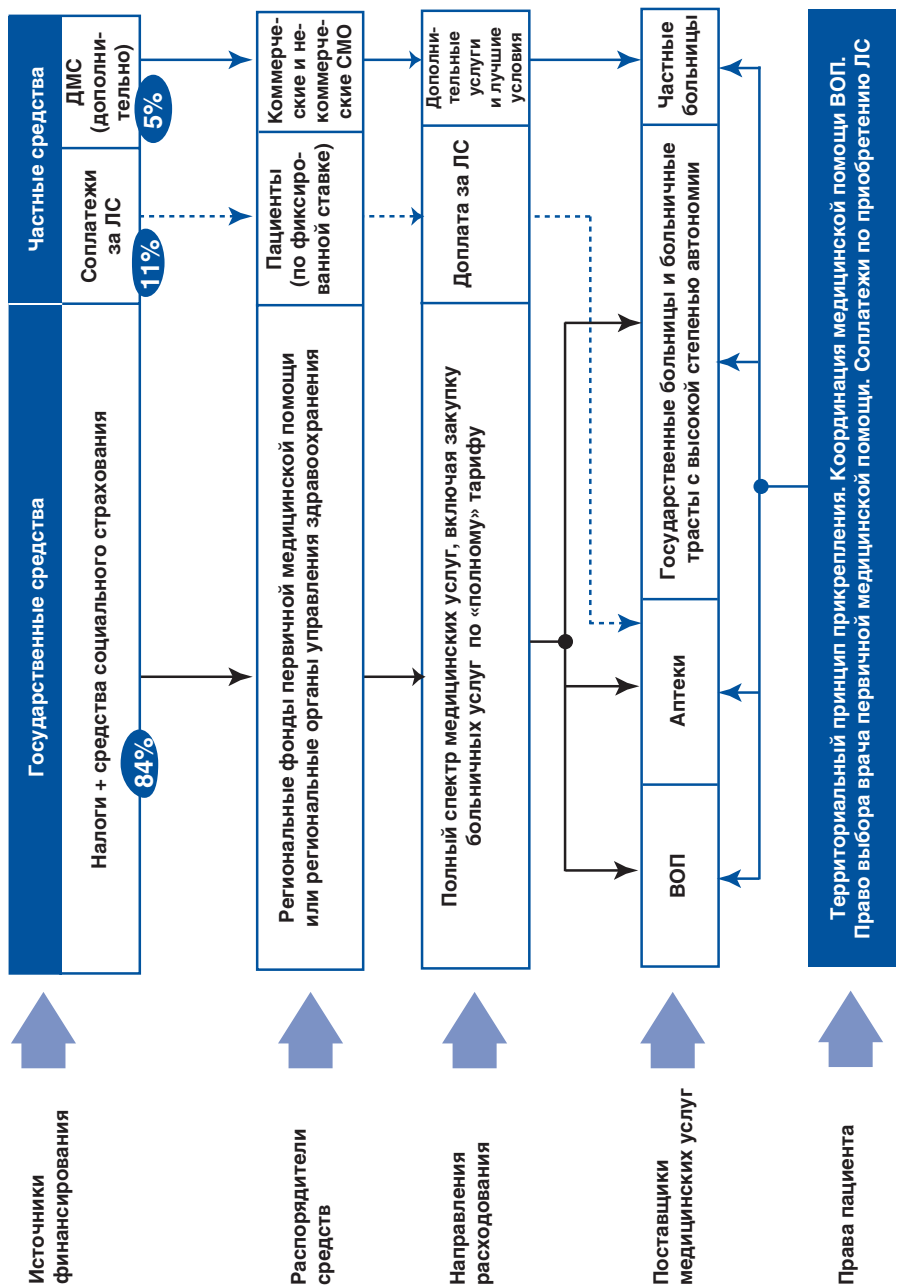


Рис. 41. Бюджетная модель финансирования медицинской помощи (пример Великобритании)

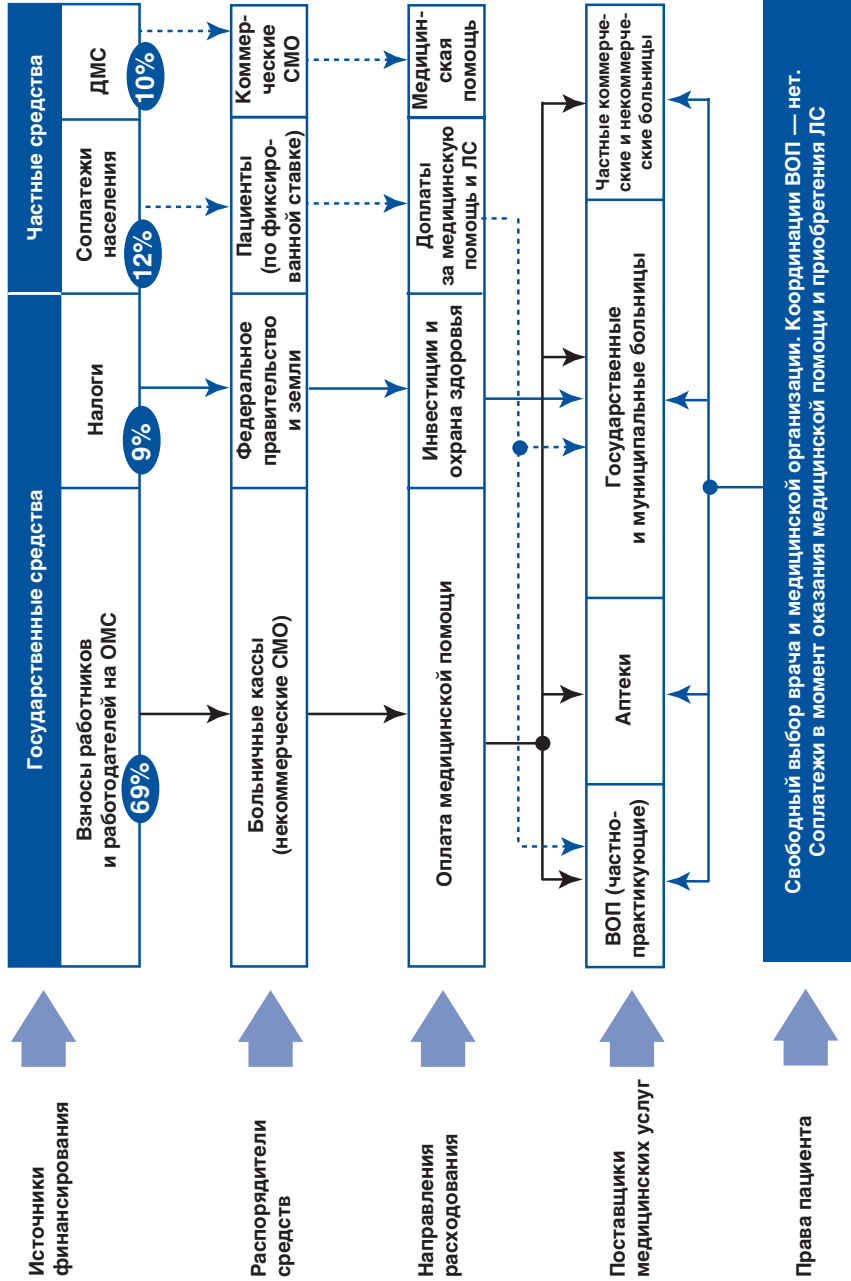


Рис. 42. Модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (пример Германии)

медицинских услуг, большинство из которых находятся в государственной или общественной собственности. С другой стороны, отсутствие разделения в собственности и управлении между покупателями медицинских услуг и поставщиками этих услуг снижает эффективность работы системы, ведет к наращиванию излишних мощностей МО (что и происходило в Советском Союзе).

В решении этой проблемы в странах с бюджетной моделью финансирования здравоохранения апробируются различные механизмы разделения покупателей и поставщиков медицинских услуг, например, используется система фондодержания. Фондодержание подразумевает способ оплаты медицинской помощи через специально созданные фонды при объединенных врачебных практиках. Эти фонды оплачивают как услуги этих практик, так и закупают медицинские услуги у диагностических центров и стационаров в интересах прикрепленного населения. Непотраченные средства идут на оплату труда или развитие учреждения. Таким образом, создается финансовая заинтересованность амбулаторно-поликлинических учреждений в улучшении здоровья населения (более здоровое население меньше потребляет медицинских услуг) и в экономии ресурсов здравоохранения.

В Великобритании функционирует система фондодержания на уровне первичного звена здравоохранения. Опыт Великобритании показал, что держателям фондов удалось несколько повысить качество оказываемой населению медицинской помощи и расширить возможности для выбора пациентами учреждений для лечения.

В РФ фонды создавались как фонды средств для АПУ на уровне СМО (а не как отдельные организации). Эта система апробирована в ряде субъектов (например, в Самарской области). Фондодержание в СО привело к более эффективному использованию ресурсов: сократились число необоснованных госпитализаций в стационары (на 30%), вызовов скорой медицинской помощи (на 35%), излишний конечный фонд сократился на 40%.

Следующими направлениями реформирования бюджетной модели финансирования стало использование рыночных инструментов управления: введение контрактных отношений между покупателями медицинской помощи и поставщиками медицинских услуг, расширение прав выбора пациентами поставщиков медицинских услуг, конкуренция между поставщиками услуг и расширение самостоятельности в управлении учреждениями со стороны самих поставщиков услуг (McKee M. et al., 2002). Контракты (вместо системы простого распределения средств между поставщиками услуг по установленным тарифам) предусматривают оплату за оговоренные объемы, качество и результаты работы, возможность штрафов и другие условия. Опыт Великобритании и Испании в этом направлении принес первые положительные результаты: повысилась эффективность деятельности медицинских учреждений, снизилась очередность на плановые госпитализации (Figueras J. et al., 2005).

Преимуществом в странах с моделью ОМС являются наличие независимого источника финансирования здравоохранения — страховых взносов (в бюджетной модели ежегодно приходится отстаивать средства здравоохранения у других конкурентных отраслей) и разделение между покупателями и поставщиками медицинских услуг (они находятся в собственности и управлении различных организаций). Однако при работе по модели ОМС субъектов управления больше, оно сложнее, и соответственно административные расходы несколько большие, чем в бюджетной модели (4–5% против 2–3%). Возможность в этой системе свободного выбора пациентами врачей первичного звена и врачей-специалистов, с одной стороны, способствует расширению прав пациентов и повышению эффективности деятельности поставщиков, но с другой — приводит к снижению координированности медицинской помощи и росту расходов на ее оказание.

В странах с моделью ОМС в целях повышения эффективности работы фондов страхования и снижения расходов на медицинскую помощь государство проводит следующую политику: укрупнение

фондов страхования до нескольких основных с региональными отделениями; расширение функций и ответственности страховщиков, например разделение финансовых рисков между ними и поставщиками услуг и проведение фондами профилактических мероприятий и программ по контролю над хроническими заболеваниями.

В нескольких странах ввели управляемую (т.е. регулируемую государством) конкуренцию между страховыми фондами (Германия, Франция, Нидерланды). В Нидерландах пошли дальше: разрешили управлять средствами ОМС частным страховым компаниям, которые конкурируют между собой за заключение контрактов с населением. Следует подчеркнуть, что конкуренция в указанных странах жестко регулируется государством: установлена максимальная ставка страхового взноса, через центральный фонд выравниваются риски, установлен единый базовый пакет страхового покрытия и др. Средства ОМС и ДМС не объединяются и не смешиваются, даже если оба вида страхования осуществляет одна и та же частная компания. Более подробно структура и организация деятельности системы ОМС в зарубежных странах представлена в табл. 10.

Таблица 10

Структура и организация деятельности системы ОМС в зарубежных странах

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Среднее число фондов (СМО), участвующих в ОМС	Германия — 355, Бельгия и Швейцария — около 100, остальные — до 20. Общая тенденция — сокращение числа СМО
Статус СМО (коммерческие или некоммерческие организации)	Все СМО — частные некоммерческие организации. Только в Нидерландах и Швейцарии в реализации программ ОМС принимают коммерческие СМО, но по установленным федеральным законам, таким же, как и для некоммерческих СМО
Доля застрахованного населения	100%, исключая Германию, где по закону 12% населения, имеющего ФОТ более 3500 евро в месяц, и госслужащие обязаны застраховаться в системе ДМС (деятельность страховых компаний в системе ДМС жестко регулируется законами)

Продолжение табл. 10

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Возможность выбора населением страховой компании	В половине стран есть возможность выбора страховой компании
Размер взносов	От 7,4 до 15% от ФОТ, с разделением между работником и работодателем (всегда). В ряде стран есть дополнительные индивидуальные взносы работников на страхование (взносы необходимо отличать от соплатежей, которые выплачиваются населением в момент оказания медицинской помощи)
Наличие верхней планки ФОТ и возможность выхода из системы ОМС	Верхняя планка ФОТ, с которой не начисляются взносы есть только в Германии и Нидерландах, но это компенсируется другими социальными налогами с богатых. В Германии и Нидерландах можно покинуть систему ОМС и застраховаться в ДМС, но часть взносов богатых остается в системе ОМС
Кто оплачивает страхование пенсионерам и детям	Взнос с пенсионеров меньше, или равен взносу работающих, или частично субсидируется пенсионным фондом. Страхование детям покрывается за счет страхования работника. За безработных взносы оплачивает фонд занятости
Доля налогов в финансировании ОМС	Существенная — не менее 30–40%. Эти средства направляются в виде субсидий напрямую фондам или поставщикам медицинских услуг (преимущественно за стационарную помощь или на инвестиционные расходы)
Кто собирает взносы	Сами фонды, или их объединения, или специальные подконтрольные государству организации. В Нидерландах — налоговая служба
Как рассчитываются страховые взносы	Без учета рисков развития заболевания и возраста
Как выравниваются риски	По специальной формуле путем перераспределения средств (Германия, Франция) или путем направления в единый централизованный фонд (Бельгия, Люксембург, Нидерланды)
Что учитывают формулы выравнивания	Пол, возраст, трудовой статус, регион проживания, доходы, смертность в регионе
Что покрывают программы ОМС	Все по перечням услуг или ЛС (могут быть негативные перечни, т.е. перечисляют то, что не гарантировано). В большинстве стран не покрываются только косметические услуги, частично услуги стоматолога и приобретение ЛС, вне установленного перечня ЛС

Продолжение табл. 10

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
С кем заключаются контракты и как осуществляется взаимодействие с поставщиками медицинских услуг	Все поставщики отделены от плательщиков. Только несколько медицинских организаций в Израиле и в Швейцарии работают по принципам сетевых. Все поставщики принимают участие в реализации услуг по программам ОМС. В большинстве случаев СМО должна заключить договор с каждым из поставщиков. Большинство поставщиков является государственными или частными некоммерческими организациями. Ранее контракты носили преимущественно коллективный характер, т.е. заключались с ассоциациями и объединениями поставщиков. Современная тенденция — заключение селективных (индивидуальных) контрактов (разрешены в Германии и Нидерландах). В Германии, Франции и Израиле цены согласовываются между фондом и поставщиками (но в рамках общих ограниченных бюджетов или предельных тарифов)
Что предусматривают контракты с поставщиками	Объемы услуг и их стоимость (для больниц — по ДСГ с учетом длительности госпитализации различных случаев). Для поликлиник — по перечню услуг и с элементами подушевого финансирования. Устанавливаются лимиты общих бюджетов
Роль федерального уровня власти в здравоохранении	Регулирует: • обязательность страхования всех граждан; • обязанность СМО застраховать любого обратившегося; • возможность конкуренции между СМО; • предельные ставки (тарифы) взносов и порядок их исчисления; • кто собирает взносы; • как выравниваются риски между застрахованными в разных СМО; • какой объем и виды помощи покрывает пакет гарантий; • кто принимает решение по включению и исключению услуг из пакета гарантий; • какие поставщики могут принимать участие в оказании услуг и требования к ним; • какие контракты могут заключаться с поставщиками услуг (коллективные или селективные); • предельные тарифы и способы оплаты медицинской помощи; • размеры платежей застрахованных; • наличие направлений от врачей первичного звена на более высокоспециализированные уровни помощи

Окончание табл. 10

Характеристика	Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Израиль
Роль региональных и местных органов управления здравоохранением	Оплата услуг по долговременному уходу и организация системы общественного здоровья, софинансирование (совместно с федеральным уровнем) больничной помощи и инвестиционных расходов
Выбор пациентом поставщиков, наличие системы направлений	Направление врачами первичного контакта к врачам-специалистам обязательно только в Нидерландах. Общая тенденция — введение направлений и постоянное прикрепление к врачам первичного контакта
Долгосрочное планирование	Не входит в функции ОМС, может осуществляться с их участием региональными и местными органами управления здравоохранением.
Участие в программах по общественному здоровью (профилактика и раннее выявление заболеваний)	Может осуществляться (администрироваться) СМО на средства региональных и местных органов управления здравоохранения
Программы долговременного ухода за инвалидами и престарелыми	Могут оказываться совместно за счет средств ОМС и региональных бюджетов, могут быть отдельной системой страхования (Нидерланды и Германия)
Контроль за СМО	Ассоциации страховщиков, отделения по работе с ОМС при федеральных министерствах здравоохранения, федеральное управление страховщиков (все имеют право опротестовывать решения СМО)
Тенденции	Усиление требований к качеству услуг, в том числе введение механизма государственной аккредитации МО. Введение требования обязательного наличия стандартов качества МО. Введение селективных контрактов между СМО и поставщиками. Конкуренция между СМО всех форм собственности за страхование населения по программам ОМС. Увеличение размеров соплатежей населения. Усиление государственного регулирования ДМС, расширение автономии государственных МО

Следует отметить, что в обеих моделях средства на оплату всех видов медицинской помощи консолидируются преимущественно в одной структуре — территориальном страховом фонде или терри-

ториальном органе управления здравоохранением и направляются на оплату медицинской помощи из одного источника и покрывают стоимость услуг поставщиков полностью, т.е. включают все статьи затрат. Отдельной статьёй из бюджета (центрального или регионального) финансируются только капитальные расходы на развитие инфраструктуры учреждений здравоохранения, а также расходы на общественное здравоохранение и медицинское образование. Ситуации, аналогичной сложившейся в РФ, когда поставщикам медицинских услуг оплата за лечение застрахованного поступает из нескольких государственных источников (соответственно существует несколько центров управления средствами), нет практически ни в одной стране мира.

Уроки

И бюджетная модель, и модель ОМС имеют как свои преимущества, так и недостатки; выбор зависит от сложившихся исторических условий и политики государства. Смешанная модель, сложившаяся в РФ, как было показано в разделе 3.2, не продемонстрировала никаких преимуществ.

Рекомендации для России

1. Необходимо сконцентрировать источники финансирования здравоохранения преимущественно в одном фонде, т.е. установить одного плательщика этих средств.
2. Необходимо определиться с органом (распорядителем), который будет управлять этими средствами в интересах населения, т.е. решить вопрос, становится ли система ОМС полноценной или окончательно превращается в финансовый отдел органов управления здравоохранением (которым она по сути является сегодня в большинстве субъектов РФ).
3. При формировании одноканальной системы или одного плательщика возможно использование опыта рыночных механизмов в управлении, но при одновременном жестком регулировании со стороны государства.

Этот вопрос требует дальнейшего обсуждения (см. задачу 3, стр. 319). Следует также иметь в виду, что из системы ОМС в систему преимущественно бюджетного финансирования перешли такие страны, как Дания, Финляндия, Греция, Ирландия, Италия, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция. Из системы бюджетного финансирования в систему ОМС перешел только Израиль.

5.4. Кто и сколько должен платить за ОМС

В странах, где существует система ОМС, страховые взносы не зависят от рисков (т.е. пола, возраста пациента, наличия заболеваний) и составляют в среднем не менее 13–15% фонда оплаты труда (в РФ — 3,1%, а с 2011 г. — 5,1%). Взносы равномерно распределены между работодателем и работником (Германия, Румыния, Словения) или большую нагрузку несет работодатель (Чехия, Франция). В Нидерландах основную нагрузку несет работник, который платит 1150 евро в год и дополнительно от 4,4 до 6,5% от своих годовых доходов (при этом для населения с низкими доходами существует система компенсаций). Дополнительно к указанным взносам на ОМС работник в Нидерландах вносит 12,5% со своих доходов на страхование по длительному уходу (Tamsma N., 2008). В Германии на те же цели 1,7% от ФОТ расходует работодатель.

Дети обычно страхуются из взносов работающих родителей. Взносы за пенсионеров и безработных оплачивают соответствующие страховые фонды (Германия) или эти расходы финансируются из общего объема средств, в том числе от государства за счет дополнительных налоговых поступлений (Нидерланды, Франция).

По данным ВОЗ, регрессивная шкала отчислений страховых взносов (которая, например, сегодня существует в РФ) не является солидарной, а по сути перераспределяет бремя расходов на финансирование государственной системы здравоохранения с богатых слоев населения на бедные (Моссиалос Э. и др., 2002).

Уроки

За достойные гарантии бесплатной медицинской помощи необходимо платить, и эту финансовую нагрузку необходимо распределить в долях между работодателями, работниками и государством.

Рекомендации для России

В целях создания в системе ОМС достаточного объема средств (как минимум увеличения их вдвое — см. раздел 5.1) необходимо:

- 1) установить прогрессивный характер начисления страховых взносов и налогов;
- 2) предусмотреть фиксированные отчисления субъектов РФ на здравоохранение (например не менее 15–17% от консолидированного бюджета или 6–7% от ВРП);
- 3) рассмотреть вопрос об увеличении ставки страховых взносов, уплачиваемой работодателем в систему ОМС, с 5,1% от ФОТ (2011 г.) до 6,0% (2014 г.), в том числе с участием работника (например, установить минимальный ежегодный платеж на ОМС работников в виде определенной суммы или 1% от ФОТ) и освободить от уплаты этих взносов работников, имеющих низкие зарплаты;
- 5) рассмотреть вопрос о введении фиксированных соплатежей населения (см. раздел 5.2).

5.5. Как обеспечить равенство финансовых условий в системе ОМС

Равенство финансовых условий означает, что **фактические расходы** на душу населения в больших территориальных единицах (например, субъектах РФ) должны быть максимально близки и не должны отличаться от установленного усредненного подушевого норматива для всей страны. Обеспечивается это равенство в общественной системе финансирования здравоохранения, где все платят по возможности, а получают по потребности, через **систему вырав-**

нивания финансового обеспечения программы госгарантий (ПГГ) и единую тарифную политику (Saltman R.B., 2007).

Выравнивание финансового обеспечения ПГГ необходимо по двум причинам: вследствие неравных бюджетных возможностей различных территорий или контингентов застрахованных (условно: «мало/много собрали») и неравного распределения между фондами страхования (или территориями) застрахованных с различными рисками (условно: «мало/много потребляют»). Каждая из групп застрахованных может потреблять различный объем медицинской помощи в зависимости от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, уровня образования, климатических условий проживания и др.

Осуществляется выравнивание финансового обеспечения путем перераспределения средств между плательщиками (региональными органами управления здравоохранением или страховыми компаниями). Расчеты проводят по специальной методике, которая определяет уровень отклонения потребления медицинской помощи различных групп от средней расчетной величины потребления на одного застрахованного. Эта методика может также учитывать специфические особенности региона, например необходимость снижения смертности определенных групп населения.

Во всех странах с общественными системами финансирования здравоохранения существует система выравнивания финансового обеспечения, которая реализуется путем перечислений между фондами (Франция) или через специальный центральный фонд (в Германии в этот фонд поступает 7–8% средств от больничных касс, которые затем перераспределяются). В Нидерландах в центральный фонд поступают все взносы и только потом эти средства распределяются по частным страховым компаниям по подушевому принципу с учетом рисков застрахованного населения. В Германии и Нидерландах риски рассчитывают по полу для каждого года рождения; учитывают число иждивенцев; доходы и наличие заболевания. В Великобрита-

нии средства из центральных органов управления здравоохранением распределяются по подушевому принципу с учетом демографических рисков в «фонды первичного звена» при объединенных врачебных практиках, которые обслуживают определенное число прикрепленных граждан.

Единая тарифная политика означает, что установлены единые способы оплаты поставщикам медицинских услуг и единые тарифы.

Что касается **способов оплаты** медицинской помощи, важно, что в рамках общественной системы финансирования они практически всегда едины. Например, во Франции и Германии услуги врачей первичного звена оплачиваются по фиксированным тарифам за услуги, в Великобритании способ оплаты смешанный: подушевой за прикрепившееся население и за услуги, в Нидерландах — преимущественно подушевой. Общая тенденция при оплате услуг врачей первичного звена — переход на подушевую оплату или введение частичной подушевой оплаты. Например, во Франции и Германии предусмотрена дополнительная подушевая оплата услуг по профилактике или координации медицинской помощи застрахованным. Введение подушевого способа оплаты способствует повышению ответственности врачей за здоровье застрахованных.

Стационарные услуги практически во всех странах ОЭСР оплачиваются по диагностически связанным группам (ДСГ). Упрощенно этот способ предусматривает оплату по фиксированному тарифу для групп диагнозов (Beaty L., 2005). Опыт показал, что с введением ДСГ стационары стали более эффективно расходовать ресурсы — сократилось число дней госпитализации (Mckee M. et al., 2002; Figueras J., 2005; Вязников В.Е., 2006). Для снижения числа необоснованных госпитализаций дополнительно во многих странах вводится принцип разделения рисков между страховой компанией и стационаром при увеличении запланированных объемов медицинской помощи, т.е. дополнительные объемы медицинской помощи (сверх оговоренных в контракте) оплачиваются по более низким тарифам.

Уроки

Выравнивание финансового обеспечения гарантий медицинской помощи возможно только через существенную централизацию средств на национальном уровне и при использовании прозрачных методов выравнивания между застрахованными, проживающими на различных территориях или застрахованных в различных компаниях.

Рекомендации для России

Для выравнивания фактических подушевых расходов на оказание медицинской помощи по ПГГ в субъектах РФ (до единого общенационального уровня с учетом поправочных коэффициентов) необходимо сформировать систему одноканального финансирования здравоохранения с преимущественной концентрацией доходных источников в ФОМС, а не в территориальных фондах ОМС.

Выравнивание ТФОМС из ФОМС должно происходить по формуле, учитывающей все возможные риски по потреблению медицинской помощи и уровень потребительских цен в субъекте РФ.

Выравнивание финансовых условий в РФ невозможно без формирования единой тарифной политики во всех субъектах РФ, в том числе предусматривающей установление единых современных способов оплаты медицинской помощи поставщикам медицинских услуг и утверждение единых базовых тарифов на медицинские услуги с поправочными коэффициентами по субъектам РФ.

5.6. Могут ли частные коммерческие страховые медицинские организации участвовать в реализации программы ОМС

Такой опыт существует пока только в Швейцарии и Нидерландах, где в реализации программы обязательного страхования населения участвуют только коммерческие страховые организации, конкурирующие между собой за застрахованных (Нидерланды), или коммерческие и некоммерческие страховые организации (Швейцария). В Нидерландах они страхуют население вне зависимости от рисков, заключают

договоры с поставщиками медицинских услуг, оплачивают медицинские услуги, следят за качеством медицинской помощи, оказанной застрахованному населению, несут финансовые риски при превышении расходов над доходами и имеют право получать прибыль. Государство регулирует их деятельность: устанавливает максимальные ставки страховых взносов и порядок их перечислений в центральный фонд, через который затем идет распределение средств с учетом рисков застрахованных в каждом из фондов. Страховые компании обязаны застраховать любого обратившегося гражданина страны и гарантировать выполнение декларированного государством пакета услуг или гарантий (Tamsma N., 2008).

Вместе с тем страховые компании имеют возможность устанавливать собственные цены на «стандартный» пакет услуг и несколько изменить его содержание, а также предоставлять скидки коллективно застраховавшимся. Страховые компании также предлагают добровольные программы страхования на услуги, не покрываемые «стандартным» пакетом (это касается стоматологической и психотерапевтической помощи). Добровольные программы носят рискованный характер. Средства ДМС и ОМС не смешиваются и учитываются на разных счетах.

Уроки

Если деятельность коммерческих СМО жестко регулируется государством, то конкуренция между ними в реализации программы ОМС может оказаться полезной для снижения неэффективных расходов и улучшения обслуживания населения.

Рекомендации для России

СМО, существующие в РФ, за 17 лет накопили определенный опыт страхования. Поэтому на данном этапе не стоит отказываться от их участия в системе ОМС, но необходимо пересмотреть их роль, например обеспечить реальную конкуренцию между СМО с учетом качества их

работы, в том числе ограничить монополию СМО в ряде субъектов РФ, расширить их финансовую мотивацию к эффективному использованию ресурсов, позволить принимать активное участие в отборе поставщиков медицинских услуг по критерию качества, а также повысить их роль и ответственность в контроле качества медицинской помощи и в информировании пациентов. Следует особо отметить, что реализация большинства рекомендаций возможна только при создании системы преимущественно одного плательщика и существенного увеличения объемов финансирования медицинской помощи по ПГГ, а также при условии постоянного контроля со стороны государства.

5.7. Что и кому обеспечивает программа государственных гарантий

Практически все страны ОЭСР гарантируют бесплатную медицинскую помощь 100% населения (оплата — из государственных или общественных средств). Исключение составляют Германия, США, Турция и Мексика. В Германии 10% населения, получающего высокие доходы, по закону застрахованы в системе ДМС (объем покрытия услуг аналогичен таковому в системе ОМС). В США, Турции и Мексике страхование¹ не является всеобщим и обязательным, в результате в этих странах никаких гарантий по обеспечению медицинской помощью не имеют соответственно 16, 30 и 50% населения. Наличие незастрахованного населения ведет к позднему обращению за медицинской помощью (соответственно с более запущенными стадиями заболеваний), отказу от медицинских услуг или к катастрофическим расходам, т.е. к таким, которые делают обратившегося за медицинской помощью банкротом (см. раздел 5.2).

Что касается объема покрытия, т.е. содержания пакета государственных гарантий (или страхового пакета), то в большинстве рассматриваемых стран он покрывает **практически все виды медицин-**

¹ В данном случае под страхованием понимается обеспечение медицинской помощью за счет государственных средств (ОМС и бюджеты всех уровней).

ских и медико-социальных услуг, в том числе: услуги врачей, работающих в амбулаторных условиях, диагностические исследования, стационарное лечение при большинстве заболеваний, неотложную и скорую медицинскую помощь, услуги родовспоможения, медико-социальные услуги и обеспечение ЛС в амбулаторных условиях. Поскольку финансовое обеспечение пакета госгарантий в этих странах в разы выше, чем в РФ, то и спектр услуг, а также их качество и доступность заведомо лучше. Наиболее наглядным отличием от РФ является то, что во всех странах ОЭСР практически всем категориям населения из государственных источников покрываются расходы на ЛС в амбулаторных условиях, которые составляют в среднем 250 \$ППС на душу населения в год. В РФ этот показатель в 5,5 раза меньше — 45 \$ППС (см. раздел 3.2.4).

В целом можно констатировать, что чем больше страна тратит из общественных средств, тем больше гарантий имеет население. Например, в Великобритании в начале 1990-х годов образовались очереди на прием к врачам первичного звена (пациентам приходилось ждать более 3 дней) и появились длинные листы ожидания высокотехнологичных операций (6 мес и более). Чтобы решить эти проблемы, пришлось в 2 раза увеличить финансирование здравоохранения и принять ряд серьезных управленческих решений.

Дополнительные средства пошли на оплату медицинских услуг и ресурсное обеспечение: на подготовку и привлечение врачей в первичное звено здравоохранения, строительство и переоснащение больниц, а также на повышение эффективности управления отраслью.

Однако следует понимать, что ни одна страна не может позволить себе обеспечение полного спектра медицинских потребностей населения, так как средства на здравоохранение всегда ограничены. Любое увеличение объемов государственного финансирования здравоохранения означает увеличение налоговой нагрузки на население и

на работодателей. Чтобы сбалансировать гарантированные услуги и имеющиеся финансовые средства, вводятся ограничения в пакет госгарантий и нормируется медицинская помощь. Например, чаще всего из гарантий исключаются косметологические услуги, стоматологическая и психотерапевтическая помощь (Германия, Нидерланды).

На рисунке 43 схематично перечислены факторы, влияющие на процесс формирования ПГГ. Более подробно процесс формирования ПГГ изложен в разделе 5.8 и в приложении 5 «Обоснование предложений по формированию ПГГ и роль стандартов медицинской помощи в здравоохранении РФ».

Уроки

Гарантии должны быть всеобщими, а содержание пакета гарантий — обязательно покрывать необходимые и важнейшие потребности населения. Добиться баланса между имеющимися средствами и необходимыми потребностями (нуждами) помогает введение ограничений в виде перечней и предельных тарифов.

Рекомендации для России

Для полноценного обеспечения всего населения гарантированным набором медицинских услуг необходимо сделать акцент не на замене их оплаты за счет средств ДМС или населения взмен государственным источникам (как предлагается некоторыми экспертами — см. раздел 6.3), а, напротив, на увеличении объемов финансирования из государственных источников.

По ряду направлений гарантии необходимо расширить (обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях).

Следует оптимизировать наполнение ПГГ путем установления общепринятых в мире ограничений и нормативов, в том числе понятных пациентам (см. раздел 5.8).

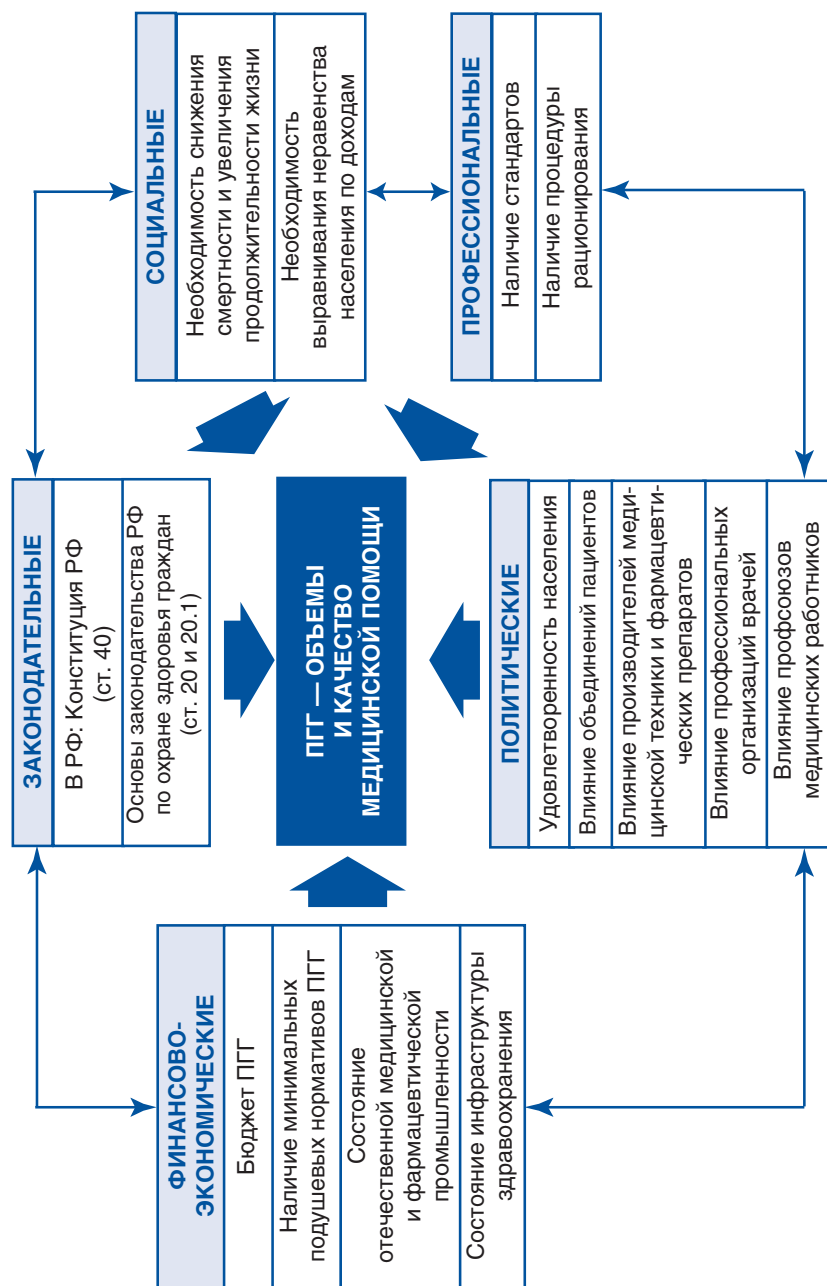


Рис 43. Факторы, влияющие на формирование ПГТ

5.8. Как формировать ПГГ¹

Как уже было отмечено, ни одна страна не может позволить себе удовлетворить все потребности населения в медицинской помощи, поэтому для балансировки имеющихся средств и этих потребностей применяются заранее установленные ограничители (или определители). Следует понимать, что эти ограничители могут и не устанавливаться заранее, т.е. правительством просто декларируется, что «ПГГ покрывает все и всем», как это, например, происходит сегодня в РФ. Но на практике эта декларация не соблюдается, о чем свидетельствуют: наличие платных медицинских услуг, очереди к врачам в поликлиниках и на высокотехнологичные методы лечения, невыполнение современных рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний, т.е. ограничение происходит, но спонтанным образом.

Современная тенденция в развитых странах — переход на прозрачные методы балансировки ограниченных государственных ресурсов и потребностей населения в медицинской помощи путем введения ограничителей, т.е. путем исключения определенных услуг из гарантий и выделения приоритетов (Bernstein J., 2006; Dranove D., 2003).

Для ограничения вводятся перечни гарантированных ЛС (Великобритания, Франция, Германия) и другие подробные перечни услуг или медицинских технологий. Процесс выбора приоритетов, установления ограничений, сдерживания затрат и рационального распределения средств между группами населения называется рационированием (Redwood H., 2000). Уровни и виды рационирования представлены на рис. 44.

Ограничения могут быть позитивными (т.е. включать набор гарантированных услуг и ЛС) или негативными (т.е. исключать определенные услуги и ЛС из гарантий). Например, в США по программам государственного страхования в штате Орегон был составлен пере-

¹ Более подробно см. приложение 5.



Рис. 44. Инструменты рационализации медицинской помощи в ПГГ по уровням

чень из примерно 500 услуг, наиболее важных для лечения пациентов (Bodenheimer Th., 1997).

В ряде стран при обсуждении вопроса о включении (исключении) дорогостоящих методик в пакет госгарантий даже устанавливаются количественные показатели. Так, в Великобритании и Австралии установлена примерная стоимость дополнительного года «качественной» жизни человека. Например, если курс лечения дает дополнительный год качественной жизни больному, но стоит больше 60 тыс. долл. США в год, такое лечение не будет оплачено в рамках государственных гарантий. Создаются и другие ограничители, в частности финансовые. Например, устанавливаются: предельный бюджет, который может быть потрачен на государственные гарантии в год (Германия, Франция); предельная цена на ЛС; фиксированные тарифы на медицинские услуги (например, предельная стоимость ДСГ). Создаются листы ожидания и устанавливаются лимиты по времени ожидания плановых оперативных вмешательств по этим листам.

Важно, чтобы рacionamento происходило на основе научных подходов или комплексной оценки медицинских технологий (рис. 45). Следует подчеркнуть, что ни в одной стране в качестве ограничителя или «определителя» ПГГ не используются ни стандарты медицинской помощи по конкретным заболеваниям (как это предлагается ГУ-ВШЭ в «Концепции модернизации российского здравоохранения», 2008), ни нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1 жителя (как это сегодня определено в ПГГ РФ).

Планирование объемов медицинской помощи, причем только стационарной, используется на региональном уровне в таких странах, как Франция, Германия, Нидерланды, и только для целей развития инфраструктуры медицинских учреждений, а не ограничения объемов медицинской помощи по ПГГ. Объемы госпитализаций и обращений к врачу общей практики специально не нормируются, так как считается, что обслужить надо всех, кто обратился. Если при этом при получении каких-либо видов медицинской помощи обра-



Рис. 45. Комплексная оценка медицинских технологий

зовались очереди и/или население начинает выражать недовольство низкой доступностью медицинской помощи, то исследуют причины, которые к этому привели. Среди этих причин могут быть: недостаток ресурсов и средств (недостаточное число врачей в первичном звене, недостаточное финансирование ПГГ, недостаточное число коек, низкая территориальная доступность врачей и учреждений) или излишнее потребление медицинской помощи как вследствие требований самих пациентов, так и вследствие излишних назначений врачей.

После анализа причин неудовлетворительной доступности медицинской помощи принимают решение, сбалансированное с имеющимися финансовыми средствами. Если недостаточно средств и ресурсов — добавляют средства, увеличивают число врачей и т.д.; если неоправданно высоко потребление, то вводят ограничения медицин-

ской помощи (для населения это, например, могут быть соплатежи; для врачей — использование клинических рекомендаций и ограничительных перечней или введение определенного способа оплаты их услуг). А если резерв средств исчерпан — сокращают перечень услуг.

Что касается **стандартов медицинской помощи** (как иногда называют **клинические рекомендации**), то они используются в США, Великобритании, Германии, Нидерландах, Австралии и других странах **в качестве рекомендаций для врачей**, чтобы подсказать им наиболее правильный и рациональный (в ряде случаев — наиболее экономически эффективный) способ лечения того или иного заболевания. Рекомендации, с одной стороны, улучшают качество лечения, с другой — ограничивают излишние назначения. Окончательный выбор тактики лечения конкретного пациента всегда остается за врачом, для этого он получает серьезное базовое медицинское образование и непрерывно повышает свою квалификацию.

Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, строго говоря, не могут быть обязательными, так как не учитывают особенности течения заболевания и наличие противопоказаний у конкретного пациента, но врач обязан их знать и правильно применять на практике. В некоторых организациях на основе клинических рекомендаций могут разрабатываться протоколы, которые обычно носят более обязательный для внутреннего использования характер. Но при этом для врача всегда остается возможность отклониться от заданного регламента.

В связи с этим следует также отметить, что в РФ применение «обязательных» стандартов медицинской помощи по заболеваниям, тем более оформленных приказом министра здравоохранения и социального развития РФ (приказ Минздравсоцразвития России № 410 от 11 августа 2008 г.)¹, приведет к упрощенному применению медицинских

¹ «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».

технологий и замораживанию внедрения современных методов лечения и диагностики в практику (поскольку разработка и обновление стандартов — процесс длительный). В результате все это обязательно приведет к ухудшению качества медицинской помощи (см. раздел 3.4.3). Место стандартов, описанных в данном приказе, — только экономические расчеты, и никак не улучшение качества лечения. Следует отметить, что за рубежом для расчета затрат на лечение заболеваний используются менее трудоемкие способы: используют фактически сложившиеся расходы в лучших клиниках страны или экстраполируют данные других стран.

Использование стандартов по заболеваниям в качестве разграничителя между гарантированными и негарантированными услугами (как предлагают некоторые эксперты в РФ, см. раздел 6.3) просто невозможно — это потребует немыслимой административной работы на всех уровнях управления здравоохранением, приведет к коррупции, путанице и излишнему документообороту в МО.

Эти разграничения должны быть четкими и ясными: если больной нуждается в медицинской помощи и застрахован в системе ОМС, ему гарантированы все виды медицинской помощи и все услуги, вошедшие в ПГГ, но с учетом установленных ограничений (перечней услуг и ЛС, предельных тарифов и т.д.) и существующей технической оснащенности учреждений. Стремиться надо к тому, чтобы ограничений было как можно меньше.

Врач, исходя из установленных ограничений и руководствуясь клиническими рекомендациями профессиональных обществ и другими отечественными и зарубежными современными руководствами, а также собственными знаниями, назначает конкретному пациенту конкретное лечение.

Если установлены фиксированные соплатежи за день пребывания в больнице или за визит к врачу, то пациент их осуществляет. Никаких других доплат при лечении конкретного заболевания быть не должно. По ДМС могут оплачиваться услуги, не вошедшие в ПГГ

(например, стоматологические, по долгосрочному сестринскому уходу, физиотерапии, психотерапии). Если пациент хочет обойти ограничение (например, лечиться ЛС, не вошедшим в гарантированный перечень), он доплатит разницу между ценой аналогичного препарата из перечня и стоимостью выбранного препарата, причем происходить это должно только официально. Если пациент не хочет ожидать установленного для проведения плановой операции срока, он может оплатить лечение за свой счет.

Уроки

Общая тенденция для стран с развитой рыночной экономикой (в целях достижения баланса между имеющимися финансовыми ресурсами и заявленными гарантиями для населения) — это переход с общих принципов («все, что необходимо») при реализации гарантий на более прозрачные методы.

Среди них: выбор приоритетов, установление перечня конкретных услуг и ЛС, количественное определение стоимости года качественной жизни (при решении вопроса о включении в ПГГ нового дорогостоящего вида лечения), установление предельных тарифов на ЛС и на лечение конкретного заболевания в стационаре.

Рекомендации для России

Необходима оптимизация наполнения пакета госгарантий путем установления общепринятых в мире ограничений и нормативов (в том числе понятных пациентам), а именно: по видам медицинской помощи, перечням гарантированных ЛС, референтным ценам на медицинские услуги и лекарства, максимальным срокам ожидания плановых госпитализаций и др. Для этого необходимо создать специальную, постоянно действующую комиссию при Минздравсоцразвития России и установить принципы ее работы, а также включить в нее не менее 2/3 от общего состава специалистов по различным медицинским специальностям.

5.9. Как повысить квалификацию медицинских кадров в здравоохранении

Данный вопрос более подробно освещен в проекте «Концепции развития непрерывного медицинского образования в РФ» (см. приложение 4). Для анализа путей повышения квалификации медицинских кадров необходимо перечислить факторы, которые определяют и влияют на этот процесс (рис. 46). **К внешним факторам** (или условиям) относятся: ускорение обновления медицинской информации (удвоение в 3–5 лет) и ее глобализация, увеличение числа новых ЛС и других диагностических и лечебных технологий, удорожание медицинской помощи, увеличение числа больных хроническими заболеваниями, повышение информированности пациентов. **К внутренним факторам** относятся: качество базового медицинского образования и непрерывность последиplomного образования, мотивация медицинских работников к качественному труду, материально-техническое и информационное оснащение их рабочих мест, наличие системы контроля КМП. С изменением внешних условий деятельности медицинских работников меняются и требования к качеству их образования. По данным ВОЗ (2005), среди этих требований можно выделить следующие.

► Повышение требований к качеству базового медицинского образования (большая практическая направленность, внедрение современных технологий преподавания, внедрение систем управления качеством базового и послевузовского образования) и увеличение сроков последиplomной подготовки врачей.

► Ужесточение требований к допуску к практической деятельности врачей — обязательное прохождение послевузовской подготовки в течение 2–6 лет, в зависимости от специальности с присвоением квалификации специалиста. Международный опыт допуска к профессиональной деятельности — см. табл. 15 на стр. 305)¹.

¹ Эта таблица специально представлена в разделе 6 для обоснования несостоятельности предложений Минздравсоцразвития России о сокращении сроков базового медицинского образования и обязательной последиplomной подготовки врачей по специальностям общего профиля.

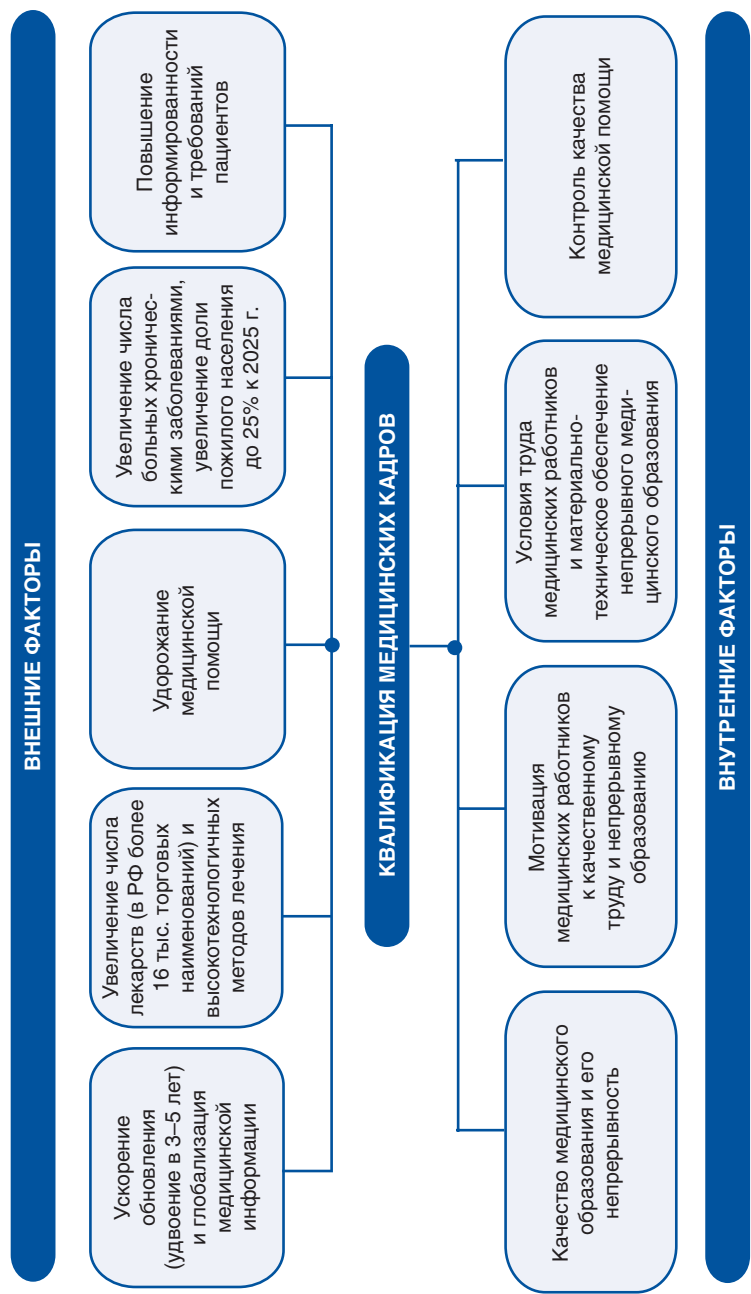


Рис. 46. Основные факторы, влияющие на квалификацию медицинских кадров

► Развитие системы непрерывного медицинского образования (НМО), т.е. повышение квалификации, должно проходить не периодически, как сегодня в РФ — 1 раз в 5 лет, а непрерывно путем ежегодного накопления определенного числа кредитов (кредит — условная единица, равная в большинстве случаев 1 ч образовательной активности) (см. табл. 18-п, стр. 540).

► Переход НМО из моральной обязанности медицинских работников в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции за ее несоблюдение. Реализуется это через такие механизмы, как лицензирование врачей, заключение контрактов с медицинскими работниками, предусматривающими подтверждение ежегодного повышения квалификации и др. (Milgate K. et al., 2007).

► Усиление регулирующей роли государства над качеством последипломного образования. Реализуется через усиление государственного контроля над КМП.

► Активное использование в образовании современных технологий — электронных информационных, телекоммуникационных. Проблемное обучение в малых группах, образование через специально разработанные электронные образовательные модули, обмен опытом с коллегами через специальные электронные чаты.

► Использование в ежедневной практической деятельности врачей клинических рекомендаций и электронных систем поддержки принятия клинических решений, основанных на доказательной медицине.

► Качественное изменение содержания базового и последипломного образования — увеличение числа часов на рациональную фармакотерапию хронических неинфекционных заболеваний и их профилактику. Преподавание экономики здравоохранения (в том числе обучение методам принятия экономически эффективных решений); вопросов управления здравоохранением (в том числе организации преемственности в лечении пациентов), клинической эпидемиологии, медицинской информатики. Обучение навыкам

работы в междисциплинарных командах и эффективного взаимодействия с пациентами.

В исследованиях (Реск С. et al., 2000) был изучен опыт по реализации непрерывного медицинского образования в 18 европейских странах (Австрии, Бельгии, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Греции, Исландии, Ирландии, Италии, Великобритании, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Испании, Швеции и Швейцарии). Было выявлено, что в 17 из них НМО считается необходимым; в 6 — регламентируется законом, в 13 — обеспечивается профессиональными медицинскими обществами. В большинстве стран НМО учитывается в кредитах и не требует сдачи итогового экзамена. В среднем за 5 лет необходимо набрать не менее 248 кредитов или часов образовательной активности, равномерно распределенных по годам. **Таким образом, в этих странах врачи обязаны и имеют возможность непрерывно повышать свою квалификацию.**

Происходит это как с помощью традиционных образовательных технологий (обучение в образовательном учреждении), так и с использованием более современных — дистанционных. Ответственность за качество последипломного образования традиционно несут профессиональные медицинские ассоциации (палаты, общества), которые разрабатывают образовательные программы и квалификационные требования, а также зачастую и сами проводят образовательные мероприятия. Финансируется НМО из самых различных источников и их сочетаний: самими медицинскими работниками, работодателями (МО), фармацевтическими компаниями и производителями медицинского оборудования, государством и страховыми компаниями.

Сегодня в целях признания уровней и качества образования практикующих специалистов между странами ЕС и США разрабатываются единые согласованные требования к НМО и кредитам. Например, Европейский совет медицинских специальностей (European Union of Medical Specialties) планирует создать комиссию для аккредитации качества образовательных мероприятий по раз-

личным специальностям. Американская медицинская ассоциация (American Medical Association — АМА) также будет привлечена к этой работе. Сегодня первая транснациональная аккредитованная система кредитов уже разработана Федерацией европейских обществ по онкологии (Federation of European Cancer Societies).

Уроки

В большинстве развитых стран в повышении квалификации медицинских кадров акцент сделан на повышении качества базового медицинского образования, на развитии системы непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных технологий, а также на современном информационном обеспечении медицинских работников на рабочих местах (доступ к электронным медицинским библиотекам, системам поддержки принятия клинических решений, клиническим рекомендациям профессиональных медицинских обществ). Важнейшим элементом является контроль КМП, оказываемой как врачами, так и отдельными учреждениями.

Рекомендации для России

Необходимо постоянно улучшать качество базового медицинского образования, ужесточать требования допуска к практической деятельности. Развивать систему непрерывного медицинского образования и удлинять сроки обязательной последиplomной подготовки врачей. Необходимо также внедрить преподавание с помощью дистанционных технологий и обеспечить медицинских работников современными руководствами и клиническими рекомендациями. В каждой МО любого уровня нормативно закрепить обязательность организации медицинской библиотеки с постоянно обновляемым фондом.

5.10. Роль информатизации в здравоохранении

Программы информатизации здравоохранения активно внедряются в большинстве развитых стран — Великобритании, Франции, Польше, США и др. Их цель — устранение излишнего документооборота;

повышение качества и интенсификация процессов, происходящих в МО; снижение числа необоснованных назначений; оптимизация процессов учета и контроля, в том числе единый учет в системе ОМС. В Великобритании на программу информатизации предусмотрено централизованное финансирование в размере 25 млрд долл. в течение 10 лет. В Германии стоимость этой программы составляет 3 млрд долл. Федеральное правительство США в 2009–2010 гг. выделяет 19 млрд долл. на развитие системы информатизации в здравоохранении (типовые МИС, система стандартизации, поддержка внедрения МИС, например финансовые гранты семейным врачам и больницам и др.).

В рамках этих программ активно внедряются в систему здравоохранения: электронная система назначений, электронные системы выписки рецептов, электронные истории болезней, системы поддержки принятия клинических решений, электронные системы напоминаний, электронные медицинские библиотеки, в том числе электронные системы обучения практическим навыкам и программы (модули) для дистанционного непрерывного медицинского образования. Например, в Великобритании и Финляндии медицинские работники имеют бесплатный доступ к Национальным электронным медицинским библиотекам, в которых за считанные секунды могут получить ответы на интересующие их вопросы (Garrido T. et al., 2005).

Многие общественные медицинские профессиональные ассоциации создают интерактивные сайты и форумы в сети Интернет, которые помогают врачам в сложных случаях лечения пациентов. Объединения пациентов также создают свои сайты и форумы в сети, помогая друг другу адаптироваться и перенести тяжесть болезни.

Уроки

В европейских странах в практику здравоохранения активно внедряются информационные технологии: электронные истории болезни, системы выписки и отпуска ЛС, электронные информационно-образовательные

ресурсы, в том числе электронные медицинские библиотеки; создаются единые информационные пространства на уровне не только отдельных учреждений, но и страны в целом.

Рекомендации для России

В ближайшие годы необходимо сосредоточиться на разработке национальной политики в области информатизации здравоохранения, в том числе создании единых стандартов хранения и передачи информации, гармонизированных с международными. Приоритетом должны стать информатизация системы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях, создание системы единого финансового учета в системе ОМС и информационное обеспечение медицинских работников на рабочих местах и т.д.

5.11. Лучшая модель организации медицинской помощи населению

Сегодня практически все страны признали, что лучшая модель организации медицинской помощи — та, в которой акцент сделан на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) и координацию медицинской помощи врачами первичного звена. Доказано, что хорошо развитая ПМСП в амбулаторных условиях способствует снижению смертности и заболеваемости населения и, в отличие от специализированной медицинской помощи, она способствует ликвидации неравенства в показателях здоровья разных групп населения (Starfield B., Shi L., 2005). Более того, ПМСП является наиболее экономически эффективным вложением средств в здравоохранение (ВОЗ, 2008).

С этой точки зрения лучшая модель организации медицинской помощи была в Советском Союзе — стройная, простая, понятная для населения и медицинских работников: участковый (территориальный) принцип прикрепления населения к врачу или фельдшеру первичного звена; четкие этапы и уровни (см. раздел 3.1) в движении больных, координация медицинской помощи участковыми врачами. Одно из лучших достижений в организации советской медицины — это по-

ликлиники, где пациенты в одном месте могли получать интегрированную медицинскую помощь: прием у участковых врачей, консультации специалистов, диагностические обследования. Медицинская помощь, оказываемая пациентам в поликлиниках, была комплексной и включала профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, неотложную медицинскую помощь, реабилитацию и восстановление. Важнейшим достижением советской медицины также является наличие самостоятельной педиатрической службы. Растущий детский организм существенно отличается от взрослого и соответственно требует других подходов в диагностике и лечении, других знаний и другой подготовки врачей. Участковые врачи-педиатры и участковые врачи-терапевты наблюдали своих пациентов долгие годы, и обоснованно можно считать, что оказываемая ими медицинская помощь была ориентирована на пациента и даже частично на его семью.

Именно таких характеристик ПМСП (после долгих лет индивидуальной работы ВОП и семейных врачей, а также существования свободного выбора пациентом врача-специалиста) добиваются сегодня наши зарубежные коллеги: интегрированность, комплексность, ориентированность на пациента, координация медицинской помощи на уровне врача первичного звена. Для реализации характеристик интегрированности и комплексности медицинской помощи населению врачи объединяются в междисциплинарные бригады, практики, ассоциации, фонды (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). В США правительство активно пропагандирует и поддерживает создание «медицинских домов»¹. Во многих таких

¹ Задачи «медицинского дома» — координация медицинской помощи пациентам, акцент на первичную профилактику и управление хроническими заболеваниями, наблюдение за пациентом после выписки из стационара. Координация осуществляется в том числе благодаря внедрению электронных историй болезней. Для обеспечения деятельности этих команд предусмотрены методы оплаты, мотивирующие врачей заниматься профилактикой заболеваний и координацией медицинской помощи (метод оплаты смешанный: подушевой + за услуги и оплата за результат). Оплата «медицинских домов» включена в большинство программ государственного и добровольного страхования.

объединениях дополнительными медицинскими работниками являются психотерапевты и медико-социальные работники (США, Австралия, Новая Зеландия), консультанты по вопросам психического здоровья (Великобритания).

Следует отметить те зарубежные тенденции, которые сегодня являются полезными и для нашей страны. Например, расширение обязанностей ВОП (и соответственно их обучение) по следующим направлениям: оказание неотложной помощи и интенсивное лечение пациентов, самостоятельное проведение сложных диагностических исследований, например фиброскопии, что особенно важно для тех ВОП, кто работает в отдаленных районах (Канада, Австралия, Финляндия). Многие функции ВОП по наблюдению за пациентами и управлению хроническими заболеваниями передаются специально обученным медицинским сестрам, в том числе по патронажу пациентов. Большинство врачебных практик в странах ОЭСР (76%) обеспечивают круглосуточную помощь населению — 24 ч и 7 дней в неделю. При этом общая нагрузка по консультациям пациентов, падающая на врачей общей практики и на специалистов в амбулаторных условиях, составляет в среднем 10 пациентов в день (при расчете на 250 рабочих дней в год); что гораздо меньше той нагрузки, которую несут сегодня в РФ участковые врачи и ВОП (30 консультаций в день). Это позволяет им оказывать более полный объем медицинской помощи своим пациентам.

В целях мотивации врачей первичного звена нести большую ответственность за прикрепленное население, заниматься профилактической помощью и координировать медицинскую помощь пациентам, за рубежом и в РФ внедряются специальные методы оплаты — подушевое финансирование с фондодержанием (Великобритания, Россия — Самарская область) или элементы фондодержания (Германия, Франция). Для облегчения наблюдения за больными и координации медицинской помощи пациентам государство способствует информатизации работы врачей первичного звена. На-

пример, в Нидерландах, Новой Зеландии, Великобритании, Австралии более 80% врачей пользуются электронными историями болезней.

Урок

Вложения в развитие комплексной, интегрированной и координированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи способствуют улучшению здоровья населения, снижают неравенство в показателях здоровья населения и оправданны с экономической точки зрения.

Рекомендации для России

Необходимо сосредоточиться на сохранении и адаптации к современным условиям лучших характеристик сложившейся в советский период системы организации медицинской помощи по принципу Н.А. Семашко. Усилить роль первичного звена здравоохранения, в том числе сконцентрироваться на совершенствовании работы существующих поликлиник, укомплектовании их медицинскими кадрами, расширении профессиональной компетенции участковых врачей и участковых медицинских сестер, в том числе повышения их квалификации и расширения спектра помощи, оказываемой пациентам. Не допустить разрушения фельдшерско-акушерской службы в сельской местности и, где это оправдано, создавать условия для работы ВОП (например, в сельской местности) при условии сохранения педиатрической службы.

5.12. Баланс между координацией медицинской помощи и свободой выбора пациентами поставщиков медицинских услуг

Координация означает, что обращение к другим уровням оказания медицинской помощи происходит по направлению врачей первичного звена. Свобода выбора означает, что пациент имеет право выбрать участкового врача-терапевта, ВОП, врача-специалиста и стационар (это право может существовать совместно с системой направлений, т.е. пациент имеет право выбора учреждения после получения направления).

В большинстве стран ОЭСР пациент имеет право на свободный выбор врача первичного звена, но условно можно выделить 2 группы стран. В первой группе стран (Германия, Франция, Швеция, США) пациент имеет право обратиться к специалистам самостоятельно, без направления ВОП, и даже попасть в стационар. Во второй группе стран (Великобритания, Канада, Нидерланды) к специалистам можно попасть только по направлению ВОП.

Страны первой группы, понимая, что такая модель слишком затратна для здравоохранения и может привести к потере информации о пациенте, пытаются ввести элементы регулирования на уровне врачей первичного звена. Например, во Франции пациентам, которые готовы постоянно «прикрепляться» к ВОП, снижен размер официальных соплатежей; а самим ВОП за каждого постоянного прикрепленного пациента и регулирование его доступа к другим уровням медицинской помощи выплачивается дополнительное вознаграждение.

Вторая группа стран, наоборот, в целях усиления конкуренции и повышения эффективности работы поставщиков медицинских услуг расширяет возможности выбора для пациента. Последний вправе осуществить свой выбор в рамках направлений и договоров, заключенных страховой компанией с больницами. В США пациент также всегда может самостоятельно обратиться к любому врачу и в любое медицинское учреждение, однако «полная» свобода в выборе американского пациента означает, что ему придется больше платить из своего кармана. Так, при обращении пациента в учреждение, с которым у страховой компании не заключен договор на оказание услуг, сумма личной доплаты существенно возрастает.

Следует отметить, что для свободы выбора необходима четкая и понятная для пациентов информация о качестве услуг. Сегодня, когда многие страны только приступили к разработке и публикации такой информации (рейтинги врачей, рейтинги больниц), у большинства пациентов выбор по-прежнему основан на территориальном удобстве или мнении друзей и знакомых.

Урок

Координация медицинской помощи врачами первичного звена снижает издержки на ее оказание и способствует более качественному лечению пациентов. Свобода выбора пациентами врача и стационара, с одной стороны, повышает эффективность работы последних, а с другой — требует наличия достоверной информации, доступной для понимания пациента, а также больших финансовых затрат.

Рекомендации для России

В целях повышения качества медицинской помощи и более эффективного расходования имеющихся ресурсов здравоохранения врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и ВОП должны быть организаторами и координаторами медицинской помощи, т.е. выдавать направления для лечения на более высоких ее уровнях и располагать всей медицинской информацией о пациенте (направления предусмотрены сегодня приказами Минздравсоцразвития России¹).

Право выбора пациентом врача и стационара может быть реализовано в рамках имеющихся ограничений (договоров поставщиков медицинских услуг со страховой компанией, имеющейся очередности на получение услуг и др.).

Для полноценной реализации системы направлений на практике и права пациента на выбор врача и МО необходимо иметь достаточное число врачей первичного звена, которые обеспечат доступность медицинской помощи в первичном звене, и публиковать сведения о качестве медицинских услуг, предоставляемых поставщиками.

5.13. Как управлять качеством в здравоохранении

Внимание к вопросам качества медицинской помощи особенно возросло после опубликования в 1999 г. знаменитого доклада Института медицины США «Человеку свойственно ошибаться»². В этом докла-

¹ № 84 от 17 января 2005 г., № 765 от 7 декабря 2005 г. и № 28 от 18 января 2006 г.

² «The Err is Human», 1999.

де было указано, что в США ежегодно погибает от врачебных ошибок 44–98 тыс. человек, что больше, чем от рака молочной железы, СПИДа и смертей в автомобильных катастрофах вместе взятых. В этой связи, как в США, так и в странах ЕС с начала 2000-х годов приступили к изучению и решению проблем, связанных с качеством медицинской помощи (КМП). Сегодня за рубежом к вопросам КМП подходят более комплексно, подразумевая все стадии управления им (см. раздел 3.4.4).

Для облегчения восприятия материала оценка деятельности зарубежных стран по управлению КМП проведена по следующей схеме: 1) наличие национальной политики по управлению КМП; 2) организационные структуры; 3) используемые методы и технологии; 4) ресурсы (кадровые, материально-технические). .

1) **Национальная политика по управлению КМП.** Процесс планирования качества начинается с формирования политики качества на уровне государственных структур. Это предполагает, что:

- ▶ цели, приоритеты и мероприятия в этом направлении ясно и четко изложены и понятны всем участникам системы — пациентам, страховщикам, поставщикам медицинских услуг;
- ▶ планируемые мероприятия носят комплексный и системный характер и взаимосогласованы с другими регулируемыми мерами;
- ▶ приняты соответствующие законы и нормативные акты, обеспечивающие реализацию запланированных мероприятий;
- ▶ определены ответственные за повышение качества медицинской помощи и прописаны их функции;
- ▶ созданы специальные агентства и структуры, необходимые для реализации политики в области качества;
- ▶ мероприятия по управлению качеством медицинской помощи реализуются на всех уровнях системы — медицинские работники, медицинские организации, органы управления здравоохранением.

В большинстве развитых стран мира программы по управлению КМП носят национальный характер. Например, в Бельгии в 1995 г. Министерством здравоохранения утверждена Национальная кон-

цепция по качеству медицинской помощи. В Чехии в 2000 г. принят закон об обязательном анализе установленных показателей качества, внедрении клинических рекомендаций в практику и обязательной аккредитации МО. В Германии в 1998 г. приняты национальные рекомендации по управлению качеством медицинской помощи. В Норвегии в 1996 г. принята национальная стратегия по управлению качеством медицинской помощи, которая делает обязательным для всех МО внедрение систем по управлению КМП и вводит обязательную отчетность по этому направлению.

Законодательная база. В Германии и Австрии в системе обязательного медицинского страхования на федеральном уровне приняты законы, обязывающие каждую МО внедрить системы управления КМП. По этим законам критерии КМП необходимо использовать при заключении контрактов между СМО и МО. Во Франции приняты аналогичные законы, регламентирующие обязательность прохождения каждой МО процедуры аккредитации; наличия в каждой из них систем по управлению КМП, а также публикации врачебными комиссиями МО отчета о КМП по единой форме. В Великобритании в 1999 г. принят закон, по которому конкуренция между МО осуществляется на основании оценки КМП и устанавливается единая система государственного контроля КМП. Этим же законом было определено создание специальной Комиссии по улучшению качества, а также Национального института по повышению качества медицинской помощи (NICE). На национальном уровне в ряде стран (Великобритании, Ирландии, Бельгии, Испании, Италии, Нидерландах) приняты законы, которые четко обозначают фундаментальные права пациентов: на получение информации о КМП, о вариантах лечения заболевания, о правилах самохода по заболеванию и о правилах приема лекарственных средств, назначенных врачом; а также право на конфиденциальность.

2) **Организационные структуры.** Общие принципы организации системы по управлению КМП в развитых странах можно обобщить следующим образом:

- ▶ координацией усилий занимается Министерство здравоохранения, которое координирует работу всех участников системы, распространение информации и международное сотрудничество;

- ▶ существует единая система отчетности и единая методология по управлению КМП и ежегодно осуществляется анализ результатов, например в США ежегодно публикуется Национальный доклад о КМП. Примеры показателей из этого доклада представлены в табл. 11 (АНРQ¹, 2008);

- ▶ для поддержания работы по управлению КМП создаются как государственные структуры, так и общественные советы (комиссии), а также активно привлекаются профессиональные медицинские общества и объединения пациентов;

- ▶ в реализацию мероприятий по повышению КМП вовлекаются организации всех уровней и форм собственности.

Например, в Бельгии, Великобритании, Финляндии и Нидерландах для реализации политики по управлению КМП созданы специальные отделы в министерствах или советы. Во многих странах (Словакии, Шотландии, Швеции, Швейцарии, Германии, Испании) для оценки медицинских технологий созданы специальные комитеты (Health Technology Assessment Committee; Sorensou C. et al., 2008). Также создаются специальные институты и комитеты, финансируемые за счет государственных средств, например для разработки и внедрения клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине (Великобритания, Франция, Германия). В работе по управлению КМП активное участие принимают и профессиональные медицинские общественные организации. Ими создаются общественные объединения по качеству медицинской помощи с целью разработки клинических рекомендаций и повышения квалификации врачей (Германия, Италия, Португалия, Испания).

Созданы также **международные организации** в области КМП — Европейский совет (Council of Europe) и Комитет по защите прав потребителей при Европейской комиссии (European Commission).

¹ Agency for Healthcare Research and Quality.

Таблица 11

**Примеры показателей, публикуемых в ежегодном национальном докладе США
по КМП (2007 г.)**

№	Направление	Информация о заболевании (проблеме)	Индикатор	Фактическое среднее значение по США, %	Целевое значение, %
1	Заболевания системы кровообращения	Первая причина смертности в США; распространенность гипертонической болезни — 48,8 млн чел.; новые случаи сердечной недостаточности ежегодно — 550 тыс.; общая стоимость (прямые расходы здравоохранения и потери экономики от смертности и заболеваемости) — 403 млрд \$; из них затраты здравоохранения — 258 млрд \$; стоимость одного года качественной жизни больного проведения скрининга на повышенное АД — от 14 тыс. до 35 тыс. \$.	Предотвращение заболевания — доля пациентов старше 18 лет, из всех пациентов, побывавших на приеме у врача, и которые указали, что врач рекомендовал им бросить курение	64	100
2	Злокачественные новообразования (раннее выявление)	Вторая причина смертности в США; распространенность — 10,7 млн чел.; новые случаи ежегодно — 1,4 млн; общая стоимость (прямые расходы здравоохранения и потери экономики от смертности и заболеваемости) — 206 млрд \$; из них затраты здравоохранения — 78 млрд \$; стоимость одного года качественной жизни больного проведения скрининга на рак молочной железы — от 35 тыс. до 165 тыс. \$.	Скрининг на рак молочной железы (маммография) — доля женщин в возрасте от 40 лет и старше, которым 1 раз в 1–2 года проводится маммография (из всех женщин в возрасте от 40 лет и старше)	67	100

Европейский совет в 1995 г. выпустил несколько рекомендаций для министров здравоохранения и резолюцию по качеству медицинской помощи. Комитетом по защите прав потребителей Европейской комиссии в 1998 г. были опубликованы общие принципы деятельности в этом направлении для стран-членов ЕС, а в 2000 г. — стратегия по качеству медицинской помощи для стран ЕС.

3) Методы и технологии. Общие принципы применения методов и механизмов по управлению КМП: обязательность, единство стандартов, правил и методов оценки, гармонизация внешних и внутренних механизмов контроля. Перечень используемых в мире методов и технологий контроля КМП представлен на рис. 47. Среди механизмов контроля КМП наиболее часто используются такие, как оценка МО на соответствие стандартам ISO, проводимая специально аккредитованными организациями, и аккредитация МО (см. определение аккредитации в приложении 1). В Германии, Литве, Португалии, Швейцарии, Нидерландах аккредитация носит добровольный характер, в Италии, Шотландии и Франции — обязательный и проводится государственными агентствами (Scrivens E., 2006). Например, во Франции обязательной аккредитацией занимается специально созданный институт. Во Франции также в целях улучшения КМП была учреждена государственная программа по безопасности пациентов в больницах. В Германии 680 стационаров неотложной помощи (25% от общего числа) приняли участие в программе «Лучшие системы по управлению качеством медицинской помощи», в Великобритании была организована программа «Предотвратимые смерти».

4) Ресурсы и информация. Общие принципы национальной политики, которые применяются развитыми странами по данному вопросу:

► медицинские кадры должны быть высококвалифицированными, достигается это через качество базового медицинского образования и непрерывное медицинское образование (см. раздел 5.9) и систему регистрации ошибок и дефектов в работе медицинского персонала;

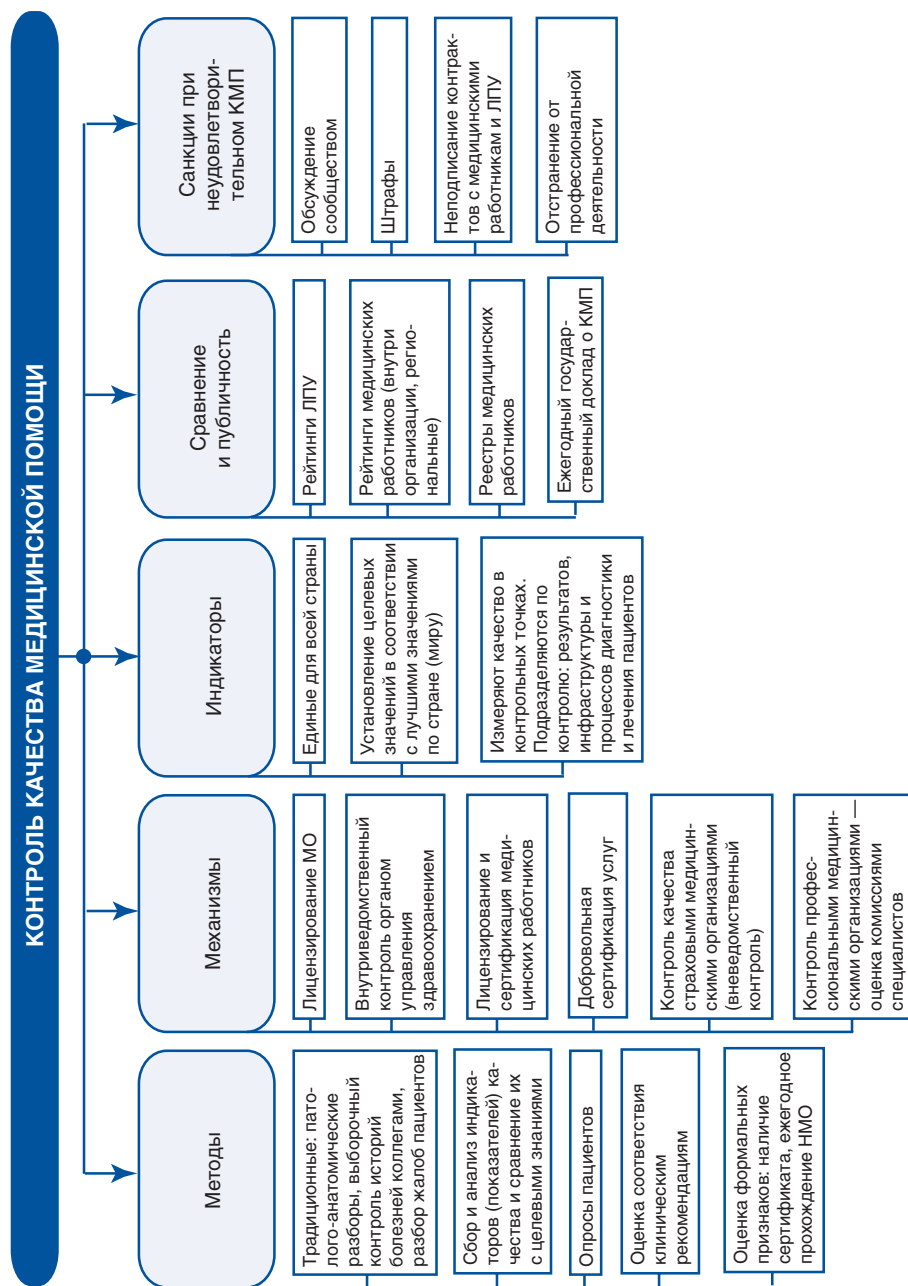


Рис. 47. Методы и технологии контроля КМП

- ▶ медицинский персонал должен иметь время и возможность принимать участие в программах по повышению КМП и ему должна быть доступна вся информация о КМП в МО;
- ▶ стандарты, клинические рекомендации и другая современная медицинская информация должны быть доступны для медицинских работников на рабочих местах (медицинские библиотеки, системы поддержки принятия клинических решений);
- ▶ программы повышения квалификации специалистов должны соответствовать современным представлениям о КМП;
- ▶ в бюджетах всех уровней должны быть предусмотрены достаточные средства на управление КМП, а именно: на сбор, анализ и распространение информации, на повышение квалификации медицинского персонала и на научные исследования в этом направлении.

Уроки

В развитых странах в целях повышения безопасности медицинской помощи, снижения издержек на ее оказание и повышения удовлетворенности населения медицинскими услугами активно занимаются вопросами КМП. Современные системы управления КМП в развитых странах предусматривают наличие национальной политики по этому направлению. Координация осуществляется путем создания подразделения в Министерстве здравоохранения и вовлечения общественных медицинских профессиональных обществ, а также объединений пациентов для работы в этом направлении. Для успешного управления КМП также необходимы: законодательное закрепление обязательности проведения контроля и ежегодной отчетности по КМП на всех уровнях системы здравоохранения; наличие государственной системы контроля КМП; единая методология оценки качества и публичность результатов. Ключевыми механизмами повышения КМП являются повышение квалификации медицинских кадров, внедрение системы непрерывного медицинского образования (НМО), внедрение клинических рекомендаций и современных руководств в ежедневную практику медицинских работников.

Рекомендации для РФ

Для повышения качества медицинской помощи необходимо разработать национальную политику по управлению КМП, единые методы оценки качества медицинской помощи, в том числе систему индикаторов, и ежегодно публиковать отчет о КМП на всех уровнях. Целевые значения показателей качества медицинской помощи необходимо установить для каждого уровня управления здравоохранением в соответствии с лучшими показателями в субъектах РФ и за рубежом.

5.14. Как обеспечивать услуги по долговременному уходу

Долговременный уход подразумевает оказание медико-социальной помощи пациентам, которые не могут самостоятельно себя обслужить в результате хронического заболевания, травмы или старости.

На услуги по долговременному уходу (УДУ), или медико-социальной помощи, в странах ОЭСР тратят в среднем 11% от общего бюджета здравоохранения (в РФ — 1%). Несмотря на то что расходы на УДУ учитываются в общих расходах системы здравоохранения, их организация выходит за рамки собственно системы здравоохранения и включает взаимодействие с организациями, оказывающими социальные услуги. В странах Южной Европы — ограниченная компенсация УДУ из общественных источников. В Великобритании и северных странах Европы данные услуги субсидируются из налогов и предоставляются преимущественно государственными организациями на региональном и местном уровнях. В Германии, Нидерландах, Австрии, Бельгии и Франции осуществляется переход от системы финансирования из местных и региональных налогов на систему ОМС и ДМС и централизованное управление системой УДУ. В Швейцарии УДУ финансируются путем расширения программ ОМС, в Германии они страхуются больничными кассами, дополнительный взнос составляет 1,7% от ФОТ (поровну между работником и работодателем), но расходы

по этому виду страхования учитываются на отдельных счетах. В Нидерландах взносы на УДУ составляют 12,5% от доходов работников: они взимаются с дохода до 30 тыс. евро в год (Tamsma N., 2008). В перечисленных странах УДУ предоставляются как частными, так и общественными организациями. Учреждения подразделяются: на психиатрические больницы, амбулаторные центры психологической помощи, центры реабилитации инвалидов, учреждения по уходу за умственно отсталыми пациентами, учреждения по уходу за инвалидами, дома сестринского обслуживания. В Германии и Нидерландах у пациентов, нуждающихся в долговременном уходе, есть выбор между получением денежной компенсации и затем — амбулаторных услуг по фиксированным на национальном уровне тарифам или предоставлением услуг в соответствующих стационарных учреждениях.

Уроки

Услуги по долговременному уходу, или медико-социальные услуги, составляют все большую долю в расходах на здравоохранение. Для их финансирования необходимы отдельные (от затрачиваемых на медицинские услуги) дополнительные общественные средства и источники финансирования. Наибольшее распространение в странах Европы приобретает финансирование УДУ через систему ОМС.

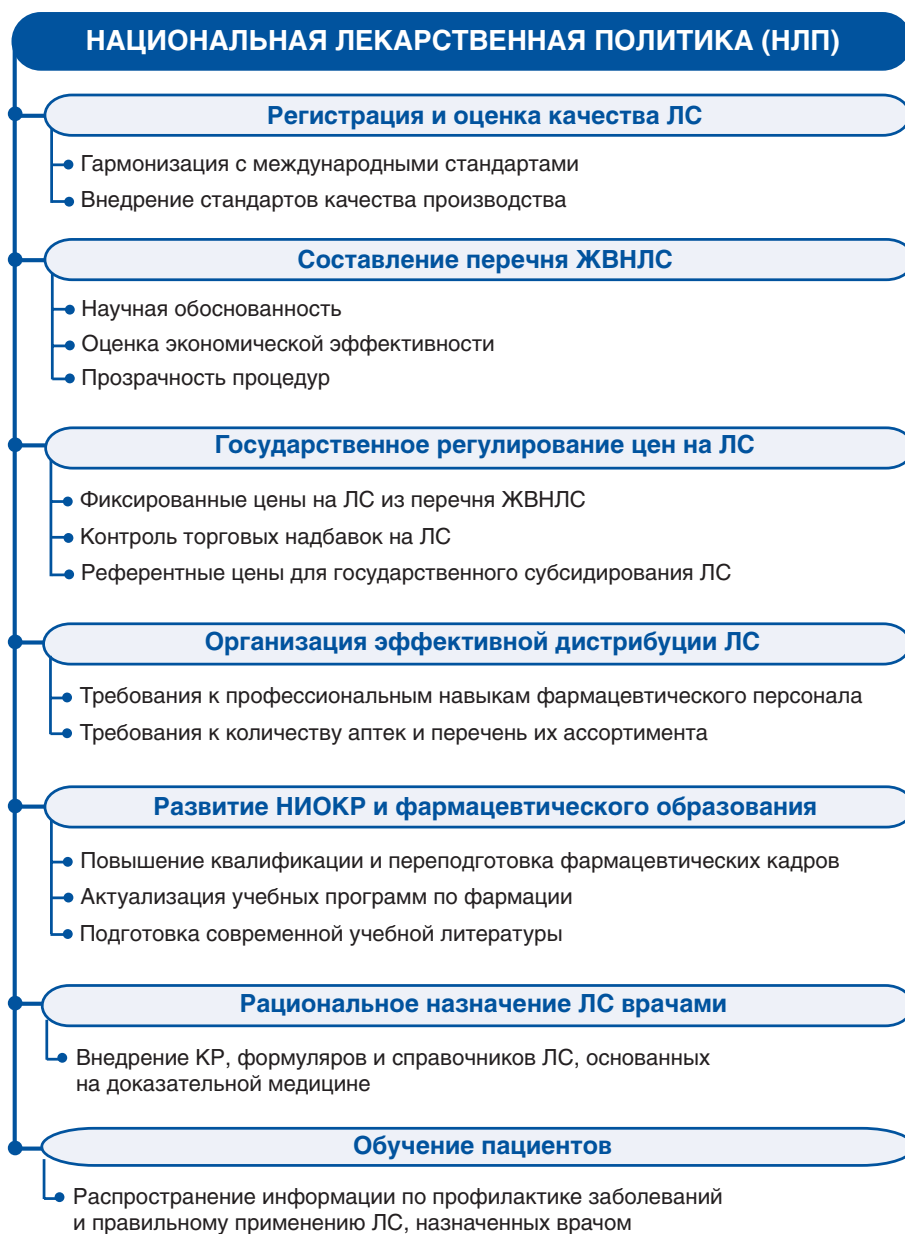
Рекомендации для России

В связи с ростом доли пожилого населения в РФ необходима специальная программа по развитию службы УДУ, в том числе нужно предусмотреть отдельный источник финансирования (через дополнительные обязательные взносы в систему ОМС), а также разработать план развития инфраструктуры учреждений, оказывающих УДУ (за счет развития частного сектора и перепрофилирования ряда больничных учреждений), а также предусмотреть стандарты и порядок оказания УДУ.

5.15. Каковы принципы национальной лекарственной политики

Целью национальной лекарственной политики (НЛП) является обеспечение населения качественными и доступными ЛС. Достигается это через комплекс государственных регулирующих мер, направленных на различные составляющие лекарственного обращения — объем государственных закупок ЛС; регистрация лекарственных средств на рынке; контроль качества производства ЛС; регулирование цен производителей; регулирование торговых надбавок на ЛС; регулирование практики выписки лекарственных средств врачами; регулирование потребления ЛС пациентами; влияние на развитие отечественной фармацевтической промышленности и др. (рис. 48). При осуществлении этого регулирования необходимо иметь в виду и интересы самих производителей ЛС — они должны иметь достаточную прибыль, которую могли бы реинвестировать в разработку новых ЛС и расширение производства. Важно, что фармацевтическая индустрия во многих странах вносит существенный вклад в развитие экономики в целом.

Общие расходы на ЛС, потребляемые населением в амбулаторных условиях (оцененные по их доле в общих расходах на здравоохранение), за последние 10 лет возросли практически во всех странах ОЭСР и достигли к 2006 г. 21%. В РФ эта доля примерно такая же — 23% (см. раздел 3.2.3). В абсолютных величинах в РФ эти значения существенно меньше по сравнению со странами ОЭСР и составили в 2007 г. около 190 \$ППС на душу населения в год, при этом из государственных источников было покрыто только 23% (45 \$ППС). В странах ОЭСР в среднем эти затраты в 2,2 раза больше (413 \$ППС), при этом из государственных источников покрывается 60% (250 долл.), что в 5,5 раза больше, чем в России (см. раздел 3.2.3). Следует отметить, что подушевые расходы на ЛС в развитых странах постоянно растут, например с 1995 по 2000 г. этот рост составил почти 80% (Mossialos E., 2004). Поэтому цели государственной политики в этих странах были направлены наряду с обеспечением качества ЛС,

**Рис. 48.** Составляющие НЛП

циркулирующих на рынке, на сдерживание и эффективное расходование государственных средств на их приобретение. В РФ, исходя из изложенного, стоит еще и другая задача —кратно увеличить государственные расходы на ЛС населению в амбулаторных условиях.

Сегодня процесс регистрации ЛС на рынке в странах ЕС гармонизирован. Этими вопросами занимается Европейское агентство по оценке медицинских продуктов (European Agency for the Evaluation of Medical Products), которое принимает централизованные решения о применимости новых ЛС на рынке ЕС. Вопросы качества производства ЛС, цен и объемов государственного возмещения в большинстве случаев регулируются на национальном уровне, хотя имеется общая тенденция —повышение прозрачности и использование единой методологии в решении этих вопросов. Например, для обеспечения **качественного производства ЛС** используются единые стандарты GMP (Good Manufacture Practice), которые изложены в нормативных документах. Разработаны единые методологии обеспечения качества фармацевтического производства, изложенные в Европейской и Американской фармакопеях¹.

Для обеспечения контроля качества ЛС после выхода на рынок активно используются **технологии фармаконадзора** — сообщения медицинских работников о побочных действиях ЛС, анализ полученных данных и широкое информирование медицинских работников о серьезных побочных действиях и взаимодействиях ЛС.

Что касается регулирования цен на ЛС, то в разных странах существуют различные механизмы (табл. 12). Следует отметить, что регулируются как цены, по которым закупаются ЛС в государственном (общественном) секторе, так и рыночные цены. Механизм установления **фиксированный цены на ЛС** используют практически во всех развитых странах. В Германии, Франции и Великобритании не регу-

¹ Фармакопея США (United States Pharmacopeia) доступна на русском языке. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 (www.geotar.ru).

Таблица 12

Регулирование цены производителя на лекарственные средства в различных странах

Страна	ЛС	Способы регулирования				
		сво- бод- ные цены	прямой*		косвенный	
			ограни- чение цены	проведение международных сравнений при установлении цены	контроль прибыли произво- дителей	установ- ление референт- ной цены**
Великобритания	Оригинальное	+	—	—	+	+
	Дженериковое	—	+	—	—	—
Германия	Оригинальное	+	—	—	—	—
	Дженериковое	—	—	—	—	+
Нидерланды	Оригинальное	—	+	+	—	+
	Дженериковое	—	+	+	—	+
Финляндия	Оригинальное	—	+	+	—	—
	Дженериковое	—	+	+	—	—
Франция	Оригинальное	+	—	—	—	—
	Дженериковое	—	+	—	—	+

* Включает установление цены на ЛС: по переговорам с производителями, в том числе с учетом объема продаж; максимальной цены; замораживание цен.

** Способы установления референтной цены: серединная и средняя цена на аналогичные препараты; меньшая цена на дженериковые ЛС, имеющиеся на рынке; минус 26% от цены оригинального ЛС.

лируются цены на инновационные ЛС (на которые распространяется действие патента на эксклюзивное производство)¹. Устанавливаются цены путем переговоров (Австрия, Франция, Италия, Португалия и Испания) или сравнения с другими странами (Финляндия, Бельгия, Италия, Нидерланды). Установление цены путем переговоров с производителями ЛС считается наиболее **непрозрачным** способом уста-

¹ Определения инновационных ЛС, дженериковых и оригинальных ЛС — см. приложение 1.

новления предельной цены. При этом способе установления цены государство также может применять схему цена—объем, т.е. чем больше объем продаж ЛС, тем меньше устанавливаемая цена. Это позволяет нивелировать отрицательный эффект для производителей ЛС. Установление цены путем сравнений имеет свои недостатки из-за сложностей в проведении сравнений и приемлемости цен одной страны в другой. В Великобритании для регулирования цен контролируют **прибыль производителей ЛС** (средняя допустимая прибыль составляет 21%, что выше, чем по другим отраслям экономики в Великобритании; Macarthur D., 2000).

Референтные цены, т.е. цены предельного возмещения государством (страховой компанией) стоимости ЛС, выписанного врачом, используются в Бельгии, Дании, Франции и Германии. Устанавливается референтная цена или как средняя цена нескольких ЛС, состоящих из аналогичных субстанций, или как наименьшая цена дженерикового ЛС, имеющегося на рынке. Установление референтных цен позволяет потребителям самим принимать решение: выбрать ЛС в рамках установленной референтной цены или доплачивать из собственного кармана за более дорогое ЛС. В целом установление референтной цены усиливает конкуренцию и стимулирует компании снижать цены (Mossialos E., 2004).

Регулирование объемов государственных расходов на ЛС (субсидирования ЛС пациентам в амбулаторных условиях) также различается в странах ОЭСР. В среднем субсидируется 60% расходов населения на ЛС в амбулаторных условиях. Для этого государство формирует перечень ЛС, который и будет субсидировать, и устанавливает размер доплаты пациентом за ЛС. Следует отметить, что государство освобождает социально незащищенные слои населения и хронических больных от таких доплат. Причем как в установлении референтной цены на ЛС, так и в формировании перечня ЛС четко прослеживается тенденция использования методов сравнительного анализа ЛС по соотношению цена/эффективность. Правила, устанавливаемые в результате этих методов, могут стать самостоятельным инструментом регулирования государственных расходов на ЛС (Fijalka S. et al., 2008).

Выше были описаны методы регулирования объемов и качества потребления ЛС со стороны предложения. Важнейшими инструментами **регулирования со стороны потребления ЛС** являются: обучение врачей рациональному применению ЛС; ограничение рекламы ЛС среди врачей, потребителей; обучение пациентов рациональному использованию ЛС, назначенных врачом. Для обучения врачей рациональному применению ЛС (т.е. применению максимально эффективного, безопасного для пациента ЛС и по минимально возможной цене) проводят специальные лекции и тематические занятия, распространяют клинические рекомендации профессиональных медицинских обществ и формуляры ЛС, устанавливают на рабочих местах компьютеризированные системы поддержки принятия клинических решений. В работах Х. Freemantle (2002) отмечено, что это может на 15% изменить поведение врачей в желаемую сторону.

Что касается рекламы, то прямая реклама рецептурных ЛС пациентам в ЕС **запрещена**, а реклама ЛС врачам является предметом пристального контроля со стороны этических комитетов профессиональных обществ. Пациент должен быть хорошо информирован о действии ЛС, назначенного врачом, поскольку (по данным NHQR¹, 2007) более 40% ошибок при применении ЛС связано с неправильным применением его самим пациентом. Поэтому во многих странах (США, Великобритания) в момент выписки ЛС пациенту представляется информация о правилах его применения.

Регулирование дистрибуции ЛС — также один из важнейших инструментов обеспечения его доступности. Окончательная цена на ЛС складывается из налога на добавленную стоимость (НДС), наценок аптеки и оптовика и цены производителя. Разброс НДС составляет от 10–20% (Дания, Австрия, Германия) до 0% (Швеция, Великобритания, Ирландия). Средняя **наценка аптек** по странам ЕС составляет 20–25%. В Нидерландах, Великобритании и Швеции эта наценка

¹ National Healthcare Quality Report.

формируется путем установления государством фиксированной цены за каждую упаковку. В других странах ЕС (Австрии, Германии, Финляндии и др.) наценка привязана к цене ЛС, что мотивирует продавать населению более дорогие ЛС. **Наценка оптовика** регулируется практически во всех странах (за исключением Нидерландов и Дании) и колеблется от 3–4% (Франция, Финляндия, Швеция) до 10% (Великобритания, Бельгия). В странах ЕС такое регулирование обусловило тенденцию к горизонтальной интеграции оптовиков (более 2/3 рынка ЕС обеспечиваются 3 крупными поставщиками) и вертикальной интеграции аптек и оптовиков. Активно внедряются электронные системы заказа и доставки ЛС по почте, которые значительно снижают расходы на их распространение. Дополнительными механизмами регулирования деятельности аптек являются: обязательное лицензирование, контроль их численности и распределения.

Следует отметить, что в ЕС в целях снижения расходов на ЛС активно пропагандируется использование дженериковых средств. При этом важно, чтобы используемые препараты были близки по показателем биоэквивалентности и биодоступности к оригинальным ЛС.

Уроки

Для обеспечения населения качественными и доступными ЛС необходимо государственное регулирование, включающее:

- существенные государственные субсидии по обеспечению населения ЛС в амбулаторных условиях (не менее 1% ВВП);
- жесткий контроль за регистрацией и производством ЛС;
- регулирование цен производителей и торговых надбавок на ЛС;
- формирование научно обоснованных перечней ЛС и референтных цен для целей государственного субсидирования ЛС;
- обучение врачей рациональной выписке ЛС и пациентов — правильному применению ЛС. Следует также иметь в виду, что большинство стран стараются держать баланс между поддержкой производителей и регулированием цен, так как для многих из них фармацевтическая индустрия является важной составляющей экономики.

Рекомендации для России

Для повышения доступности ЛС населению РФ в амбулаторных условиях необходимо:

- увеличить объемы государственного субсидирования ЛС населению в амбулаторных условиях как минимум в 3 раза (до 1% ВВП);
- актуализировать перечни (расширить и удалить малоэффективные препараты), из которых ЛС будут субсидироваться населению в амбулаторных и стационарных условиях;
- при проведении государственных закупок ЛС (входящих в перечни) установить единые референтные цены на них, а для розничной и оптовой торговли — максимально допустимые торговые надбавки к заявленной и регулируемой цене производителя;
- обучать врачей рациональному назначению ЛС с использованием научно обоснованных формуляров и руководств, а не ориентироваться на рекламные материалы фармацевтических компаний, а пациентов — правильному применению ЛС с помощью специальных обучающих материалов;
- актуализировать в соответствии с новыми финансово-экономическими условиями и разработать Программу развития отечественной фармацевтической промышленности, согласовав ее с объемами и номенклатурой закупок ЛС государством (в целях увеличения объема производства ЛС отечественных производителей).

5.16. Децентрализация и централизация в управлении системой здравоохранения — где баланс

Под *децентрализацией* понимают передачу полномочий от центрального органа управления здравоохранением на региональный или местный (муниципальный) уровень. Полномочия могут касаться различных функций: финансирования, управления, предоставления медицинской помощи. Более широкое понимание децентрализации включает передачу части полномочий другим организациям (например, объединениям медицинских работников), а также расширение

независимости и прав государственных медицинских организаций (в частности, больничных учреждений), вплоть до передачи права собственности частному собственнику (приватизация). Считается, что децентрализация способствует повышению эффективности, снижению бюрократизма, свойственного централизованным системам, и более полно отражает потребности местного населения.

Децентрализация здравоохранения активно началась в странах ЕС более 20 лет назад как часть общих государственных реформ (в северных странах Европы она началась ранее). Сегодня только Италия и Испания продолжают децентрализацию на уровне регионов (хотя часть функций финансирования здравоохранения в этих странах остается на национальном уровне), тогда как Норвегия, Дания и Финляндия **рецентрализуют** свое здравоохранение, особенно в части финансирования и планирования медицинской помощи (Saltman R.B., 2002). Причины рецентрализации финансирования в странах ЕС связаны с тем, что высокочатратные медицинские технологии могут быть оплачены **только из крупных централизованных фондов**, а также с необходимостью жесткого контроля эффективности затрат в условиях усиления конкуренции медицинских услуг на рынке стран ЕС и увеличения фискальной нагрузки на трудоспособное население (т.е. увеличения налогов и сборов).

Во Франции, с одной стороны, усиливаются функции государства (в контроле за бюджетами страховых фондов и качеством медицинской помощи, предоставляемой поставщиками медицинских услуг), с другой — усиливается регионализация и автономизация (независимость) поставщиков медицинских услуг. В Италии, Норвегии, Швеции и Великобритании также проводится активная политика повышения автономии поставщиков медицинских услуг и создания конкуренции между ними (см. раздел 5.3). Данные о полученных результатах противоречивы: в Великобритании, Швеции и Норвегии такая политика повысила эффективность поставщиков, в Италии — пока нет (Saltman R.B., 2002).

Урок

Убедительных данных, свидетельствующих о позитивном влиянии децентрализации на эффективность управления здравоохранением, нет. Более того, децентрализация финансирования здравоохранения в условиях неравномерного финансового обеспечения различных территорий (регионов) приводит к неравенству в показателях здоровья и доступности для населения медицинской помощи. Децентрализация в предоставлении медицинских услуг (расширение независимости их поставщиков) оправдана, но должна сопровождаться обучением региональных управленцев, созданием прозрачной отчетности, усилением контроля и регулирования со стороны центральных органов власти.

Рекомендации для России

В целях восстановления равенства населения различных субъектов РФ в показателях здоровья и доступности медицинской помощи необходимо рецентрализовать функции финансирования и планирования медицинской помощи населению. Для поставщиков медицинских услуг необходимо проводить политику децентрализации, т.е. расширения их автономии, но под жестким контролем государства, в том числе контролем над КМП.

5.17. Баланс между рынком и государственным регулированием; государственно-частное партнерство в здравоохранении

Рыночные отношения предполагают наличие конкуренции, свободного выбора поставщиков медицинских услуг (не только коллективного, но и индивидуального — самим пациентом), заключение контрактов между покупателями и поставщиками медицинских услуг, расширение автономии (независимости) поставщиков медицинских услуг от государственного регулирования, вплоть до приватизации государственных учреждений. При рассмотрении вопроса о рыночных механизмах управления здравоохранением следует отличать их от государственно-частного партнерства (ГЧП). Рыночные механизмы управления не обязательно подразу-

мевают участие частного капитала, они могут быть реализованы в рамках управления только государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, таким образом создается «внутренний рынок».

ГЧП — совокупность форм средне- и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях как в области экономики, так и в социальной сфере. На основании опыта зарубежных стран можно выделить следующие виды ГЧП в здравоохранении (рис. 49): 1) финансирование медицинских услуг, т.е. расширение роли ДМС и введение соплатежей в ПГГ; 2) участие частных страховых компаний в страховании населения; 3) привлечение МО всех форм собственности на равных правах к реализации государственного заказа; 4) строительство и оснащение МО, оказывающих медицинские услуги по ПГГ: привлечение частных компаний для совместного строительства (концессия); 5) управление государственной собственностью: передача в управление частным компаниям медицинских учреждений, находящихся в государственной и муниципальной собственности (концессия)¹.

Сначала рассмотрим рыночные отношения в здравоохранении. Внедрение рыночных отношений в странах, финансирующих здравоохранение преимущественно из государственных источников, началось в 90-х годах с целью повышения эффективности и прозрачности деятельности объектов системы здравоохранения, в первую очередь

¹ Концессия подразумевает, что концедент (государство) передает концессионеру право на эксплуатацию природных ресурсов, объектов инфраструктуры, предприятий, оборудования. Взамен концедент получает вознаграждение в виде разовых или периодических (роялти) платежей. Объектами концессионного соглашения в первую очередь являются социально значимые объекты, которые не могут быть приватизированы — такие, как аэродромы, железные дороги, объекты ЖКХ и другие инфраструктурные сооружения, в том числе объекты образования и здравоохранения (отношения регулируются Федеральным законом от 12 июля 2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»).

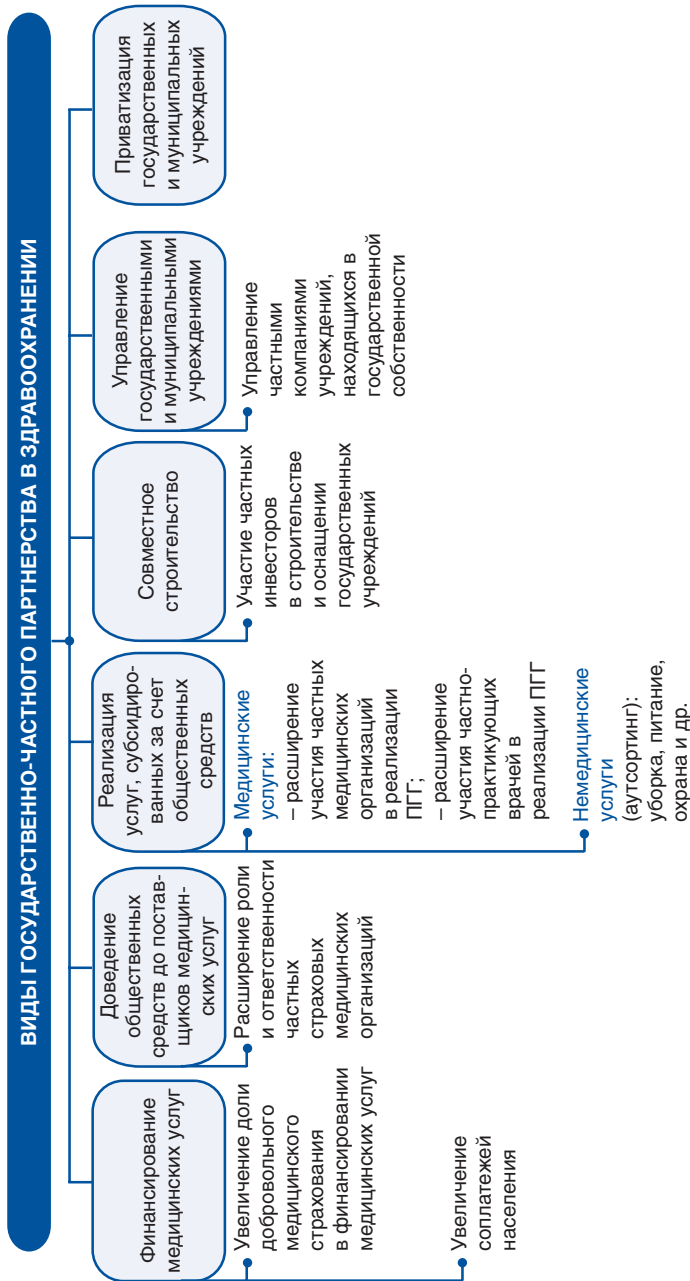


Рис. 49. Виды ГЧП в здравоохранении

поставщиков медицинских услуг. Предполагалось, что конкуренция и расширение потребительского выбора позволят снизить расходы на медицинскую помощь, будут способствовать большей эффективности и снижению бюрократизма системы. Конкуренция может быть также организована между СМО.

В странах с исторически сложившимся разделением между покупателями и поставщиками медицинских услуг (т.е. работающих по модели ОМС; см. раздел 5.3) акцент сделан на **конкуренцию между страховыми компаниями**. Конкуренция между ними существует практически во всех странах, кроме Австрии и Франции (здесь страхование населения происходит по месту работы). В Бельгии, Германии, Израиле, Нидерландах, Швейцарии любая страховая организация обязана застраховать каждого обратившегося в нее (выбравшего ее) гражданина по программе ОМС. Предложения компаний для страхователей в этих странах различаются, например, размерами взносов, дополнительными пунктами в пакете услуг, размерами обязательных доплат. В Израиле, Нидерландах и Швейцарии СМО разрешено заключать селективные контракты с поставщиками медицинских услуг, т.е. отбирать их по критерию цены и качества. Разрешение государством конкуренции СМО сопровождается жестким регулированием с его стороны — обязательность страхования любого, обратившегося в страховую компанию, выравнивание рисков между страховыми компаниями (см. раздел 5.5), установление пакета гарантий и предельных бюджетов по его финансированию, порядок разделения финансовых рисков по превышению запланированного бюджета, контроль качества медицинской помощи, оказанной поставщиками.

В странах, финансирующих здравоохранение по бюджетной модели (см. раздел 5.3), для развития рыночных отношений была введена **внутренняя конкуренция**, которая заключалась в разделении функции плательщика и поставщика медицинских услуг. Например, в Великобритании на базе местных органов управления здравоохранением и объединенных практик врачей первичного звена были созданы полу-

автономные фонды первичного звена, которые оказывали первичную медицинскую помощь сами или закупали ее для прикрепленного населения у врачей-специалистов и стационаров (см. раздел 5.3).

Для медицинских организаций, находящихся в государственной или муниципальной собственности, общей тенденцией во всех рассматриваемых странах стало получение ими **большей независимости** (при сохранении государственной собственности) в части как распределения «заработанных» средств, так и управления кадрами. Такое же направление апробировалось в нескольких субъектах РФ в рамках «нового хозяйственного механизма» в 1989–1991 гг. Многие главные врачи Самарской области, проработавшие в этой системе несколько лет, отмечают, что эффективность их работы возросла во много раз. Аналогичные результаты есть и по Великобритании (NHS, 2004).

Что касается **приватизации медицинских учреждений**, то в «старых» странах Европы она в основном коснулась стоматологического и фармацевтического секторов здравоохранения, что привело к повышению эффективности работы последних. В восточных странах Европы (Чехия, Эстония, Венгрия, Польша) происходит приватизация амбулаторного и частично госпитального секторов. Результаты такой приватизации неоднозначные: несмотря на увеличение предложения (бóльший выбор и лучшие условия), доступность медицинской помощи для малообеспеченных слоев населения существенно сократилась (McKee M., 2006).

В Норвегии в 2001 г. также началась приватизация больничных учреждений, но позже (по закону 2004 г.) была запрещена любая приватизация в секторе здравоохранения. В Великобритании приватизация также неприемлема по политическим соображениям, но, как уже указывалось, здесь расширяется автономия учреждений, используются контрактные отношения с поставщиками медицинских услуг, а также проводится аутсорсинг¹ лечебных услуг в частном секторе.

¹ Аутсорсинг — привлечение организацией услуг сторонних организаций в рамках долгосрочного сотрудничества.

Внедрение оплаты медицинских работников по результатам активно внедряется в некоторых странах (США, Великобритании, Финляндии). В Великобритании с 2003 г. были впервые применены государственные контракты с ВОП, учитывающие выполнение различных показателей качества (выполнение каждого из которых оценивается в определенную сумму баллов), что стало примером для многих других стран¹.

Рыночные отношения также подразумевают использование **рыночных инструментов управления**: планирование бюджетов, ориентированных на результат (БОР)²; контроль за издержками, оплата по результатам труда, установление целевых показателей деятельности системы здравоохранения и отдельных учреждений, сравнение полученных результатов с лучшими по региону (в стране, за рубежом). Такие подходы в управлении активно использовались при разработке Национальных стратегий развития здравоохранения, например в Великобритании, Австралии, Канаде, Новой Зеландии.

ГЧП в части совместного финансирования здравоохранения и возможности участия частных страховых организаций в реализации ПГГ уже проанализированы в разделах 5.2 и 5.6 соответственно. Далее проанализирован опыт зарубежных стран по ГЧП в реализации госпрограмм и строительстве учреждений здравоохранения.

Участие негосударственных учреждений здравоохранения в реализации медицинской помощи, оплачиваемой из общественных средств, активно практикуется в таких странах, как Франция и Германия, где около 30% коек — частные (преимущественно некоммерческие), и они успешно участвуют в системе оказания медицинской помощи как за счет общественных, так и за счет частных средств. В Италии, Португалии, Испании около 25% коек — частные (половина из них коммерческие), и все они реализуют медицинскую помощь по программе государственных гарантий. В Великобритании

¹ http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublicationsPublicationsPolicyAndGuidance/DH_091451

² БОР — бюджетирование, ориентированное на результат.

и Скандинавских странах — не более 10% коек сегодня находится в частной собственности, и только несколько лет назад им было разрешено участвовать в реализации ПГГ. Общеευропейская тенденция сегодня — это активное привлечение частных поставщиков для оказания медицинских услуг за счет общественных средств. Выгоды для государственной системы — концентрация расходов не на капитальном строительстве и инвестициях, а на оказании собственно услуг. Более того, возникающая конкуренция между частными и государственными учреждениями способствует повышению эффективности деятельности последних.

ГЧП в части оказания медицинских услуг учреждениями всех форм собственности требует от государства усиления системы контроля качества медицинской помощи, например, через такие инструменты, как аккредитация и лицензирование (см. раздел 5.13).

Позитивный опыт использования ГЧП имеется и в РФ. Например, медицинские учреждения системы ОАО «РЖД» (де-юре: частные, некоммерческие, но со 100% государственным владением) принимают участие в реализации государственного и муниципального задания. Такое сотрудничество не только позволило в ряде случаев (г. Боготол Красноярского края и г. Кортчаево Ямало-Ненецкого округа) местному населению получать более качественную помощь и в лучших условиях, но и муниципалитету уменьшить на 35% издержки по содержанию учреждений здравоохранения. Благодаря партнерству регионов (Красноярский край и др.) с ОАО «РЖД» в части проведения углубленных медицинских осмотров населения с помощью передвижных консультативно-диагностических центров (ПКДЦ) местное население получило возможность пройти высокотехнологичные методы обследования, недоступные для них ранее, а также с помощью телемедицинских технологий получить консультации ведущих специалистов (по данным Департамента здравоохранения ОАО «РЖД»).

ГЧП в строительстве медицинских учреждений — активно развивающаяся форма взаимодействия частного и государственного

сектора в странах ЕС, но имеющиеся данные об эффективности неоднозначны. С одной стороны — участие частного капитала позволяет оптимизировать государственные расходы на инфраструктуру учреждений здравоохранения. Например, по опыту совместного строительства в Великобритании, Германии и Испании известно, что проекты в целом выполняются в срок и в рамках запланированного бюджета (Mckee M. et al., 2006). Другие исследователи (Timmins N., 2005) отмечают, что ГЧП в строительстве медицинских учреждений является экономически неэффективным и требует от государства разработки серьезной нормативной базы, регулирования и создания специальных фондов, что, в свою очередь, может повысить стоимость строительства. ГЧП по этому направлению сотрудничества, как отмечают все исследователи, может быть эффективным только при условии разработки нормативной базы, серьезного экономического обоснования, абсолютной прозрачности контрактных процессов и осуществления государством жесткого контроля над исполнением заказа. Обязательным условием должно стать участие вновь созданного учреждения в реализации программы государственных гарантий. Льготирование строительства частных учреждений возможно только при условии, что данные льготы будут возвращены государству за счет исполнения государственного заказа в установленном объеме.

Передача в управление государственных МО частным компаниям (концессия) часто следует после их совместного строительства. Управление этими МО передается на определенных условиях и на определенный срок. Считается, что частная компания более эффективна в управлении, более эффективно и экономно тратит ресурсы (так как заинтересована в максимизации прибыли), быстрее внедряет современные информационные системы, более заинтересована в удовлетворенности пациентов, чем государственная компания. Это подтверждает опыт ряда медицинских центров в Испании и Германии, находящихся в управлении частных компаний (Mckee M. et al., 2006). Вместе с тем

имеются данные, что такие компании в погоне за прибылью снижают качество предоставляемых медицинских услуг (WHO, 2002).

Следует также рассмотреть вопрос о налоговых послаблениях, которые частные компании, участвующие на рынке медицинских услуг, просят от государства. Следует четко понимать, что любое налоговое послабление — это снижение поступлений в бюджет, из которого финансируется солидарная система здравоохранения. В подавляющем большинстве случаев частный бизнес ориентирован на прибыль самой компании и на обслуживание **небольшого числа** богатых (обеспеченных) граждан или крупных предприятий. Почему деятельность таких организаций должна иметь льготы по налогам или работодателям даваться преференции для участия в добровольном медицинском страховании (как это, например, уже происходит в РФ сегодня), вызывает серьезный вопрос. Организаторы здравоохранения за рубежом рассматривают каждый случай налогового послабления только с точки зрения выгоды большинства населения (WHO, 2002; см. раздел 4.2.4).

В заключение следует отметить, что пример США показал **отрицательное влияние «свободных»** (т.е. вне государственного регулирования) рыночных отношений на доступность медицинской помощи. «Свобода» в деятельности частных страховых компаний и частных поставщиков медицинских услуг (на негосударственном рынке) в США привела к нерегулируемому росту цен на их услуги и сокращению пакета страхования. В результате — неконтролируемый рост расходов на здравоохранение и 50 млн (16%) незастрахованного населения. В этой стране наблюдается ежегодный рост расходов на здравоохранение, превышающий рост ВВП. При статус-кво к 2017 г. расходы на здравоохранение в США увеличатся до 20% ВВП (в 2007 г. — 17% ВВП). Сегодня медицинская помощь в США дороже, чем в среднем в странах Евросоюза: в 3 раза по стационарной помощи, в 6 раз по администрированию и в 2 раза по услугам частнопрактикующих врачей.

Более того, сильное лобби поставщиков медицинских услуг, которые не хотят терять свои высокие доходы (например, заработная плата врачей в США в среднем в 5 раз выше, чем в промышленно-

сти), препятствует введению всеобщего ценорегулирования. Справедливости ради необходимо отметить, что рост цен на медицинские услуги в США обусловлен также высокой инновационностью предоставляемой помощи и ростом распространенности хронических неинфекционных заболеваний, на лечение которых расходуется 75% средств здравоохранения (Улумбекова Г.Э., 2009; Ginsburg S. et al., 2008)

Урок

Результаты использования рыночных отношений и ГЧП в здравоохранении противоречивы и зависят от используемых форм этих отношений и партнерства (Tuohy C.H. et al., 2004). Все организаторы здравоохранения констатируют, что рыночные отношения необходимо использовать только в том случае, если это приносит однозначную пользу государственной системе здравоохранения и при жестком контроле со стороны государства. В противном случае происходит неконтролируемый рост цен на медицинские услуги и снижается доступность медицинской помощи населению. Приватизация медицинских организаций (больниц) является неприемлемой для большинства стран с развитой рыночной экономикой.

Рекомендации для России

Внедрение рыночных отношений и ГЧП в здравоохранение РФ должно быть выгодно для большинства населения (а не только той его части, которая хочет «зарабатывать» на здравоохранении). ГЧП требует организации жесткого контроля государства за ценами на медицинские услуги и за доступностью медицинской помощи населению.

Необходимо рассмотреть вопрос о возможности:

- организации прозрачной конкуренции между СМО (при условии сохранения некоммерческого характера деятельности СМО в системе ОМС) и конкуренции между поставщиками медицинских услуг всех форм собственности (там, где это возможно, и при усилении госконтроля КМП);
- продолжения внедрения дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников с учетом качества медицинской помощи (при условии, что общий ФОТ возрастет как минимум в 2 раза);

- расширения автономии государственных и муниципальных поставщиков медицинских услуг (при условии сохранения некоммерческого характера их деятельности, невозможности приватизации и сохранения субсидиарной ответственности собственников);
- активного участия частных поставщиков медицинских услуг в реализации государственного задания, в том числе в части ВТМП, что позволит сократить очередность по этим видам помощи и сэкономит государственные средства, расходуемые на инвестиции.
- Перспективным направлением может стать также совместное строительство инфраструктуры учреждений здравоохранения, но для этого требуется предварительная разработка нормативной и методической базы.

5.18. Баланс между государственным и корпоративным регулированием

Профессиональные медицинские корпоративные (объединенные) структуры зародились более 300 лет назад в целях регулирования доступа к профессии. В здравоохранении корпоративные структуры могут объединять медицинских работников различных специальностей, больничные учреждения, страховые компании. Традиционно сильны такие объединенные структуры в Германии, Израиле, Австрии, где они во многом являются саморегулируемыми, т.е. сами вырабатывают правила и нормы для своей деятельности. Например, в Германии Комиссия по амбулаторной помощи (объединяет врачей и больничные кассы) определяет: правила и порядок оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, порядок направления пациентов в стационар, содержание пакета гарантий, в том числе список ЛС, которые будут субсидированы пациентам, проходящим лечение в амбулаторных условиях.

Саморегулирование врачей в этих странах во многом связано с тем, что в первичном звене они — частнопрактикующие. В Германии средства на оплату деятельности врачей поступают из страховых

компаний в финансовый фонд регионального отделения общества (палаты) врачей и затем перераспределяются по конкретным врачам в соответствии с установленными правилами и тарифами.

Во Франции, Нидерландах, Великобритании и Швейцарии большинство решений в здравоохранении принимает министерство здравоохранения, но с учетом мнения профессиональных объединений. Общая тенденция сегодня — перемещение акцента в регулировании здравоохранения и медицинской помощи с корпоративных структур на государство (Saltman, 2007). Связано это с тем, что государство отвечает перед населением за обеспечение госгарантий и само обеспечивает их финансирование через налоги и/или собираемые посредством государственных законов общественные средства (взносы в ОМС), и соответственно само должно контролировать качество предоставляемой медицинской помощи и эффективность расходования средств.

Дополнительный фактор снижения роли профессиональных объединений — появление независящих только от мнения профессионалов систем оценки медицинских технологий, например комплексной оценки медицинских технологий на основе эпидемиологических и экономических исследований, использование показателей качества медицинской помощи и др. Более того, многие врачи ассоциированы с производителями медицинской техники и лекарств, соответственно могут быть заинтересованы в тех или иных решениях. В целом, решения, принимаемые государством, как правило, носят более открытый характер, чем решения в корпоративных структурах (Saltman B. et al., 2002).

Роль профессиональных объединений по-прежнему сильна в разработке клинических рекомендаций, требований к качеству медицинского образования и в регулировании допуска к профессиональной деятельности (см. табл. 15 на стр. 305). Например, во Франции профессиональные объединения выдают лицензии врачам, т.е. предоставляют право заниматься практической деятельностью. Про-

фессиональные объединения также активно осуществляют функции по предоставлению услуг по непрерывному медицинскому образованию (США, Великобритания), участвуют в переговорах по оплате своих услуг (Германия, Франция, США), а также в обсуждении и экспертизе государственных решений, подготовке аналитических документов.

Уроки

Саморегулирование корпоративных структур в здравоохранении постепенно заменяется преимущественным регулированием государства, особенно в части контроля над финансированием здравоохранения и КМП. По-прежнему оправданно влияние профессиональных объединений на медицинское образование, в том числе через разработку современных источников информации (клинических рекомендаций, руководств); на установление требований к работе по специальностям; а также в предоставлении услуг по экспертизе государственных предложений. Это позволяет государственным структурам избежать волюнтаризма в принятии решений и повысить их качество.

Рекомендации для России

Профессиональные объединения должны быть активно привлечены государством для развития системы непрерывного медицинского образования, формирования системы управления качеством медицинской помощи и дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников (методическая база), а также для разработки Стратегии развития здравоохранения и других концептуальных документов. Для того чтобы эта рекомендация не осталась только на бумаге, необходимо законодательно предусмотреть, что в экспертных советах, других совещательных комиссиях и рабочих группах, создаваемых Минздравсоцразвития России, доля представителей профессиональных медицинских и других общественных объединений должна составлять не менее 2/3 от списочного состава.

5.19. Разделение ответственности за здоровье между государством, работодателями и населением

Для разделения этой ответственности в странах с развитой рыночной экономикой используются следующие механизмы: 1) софинансирование населением и работодателями медицинской помощи: отдельные взносы на ОМС работодателей и работников, соплатежи пациентов в момент получения медицинской помощи; 2) регулирование доли участия населения в софинансировании медицинской помощи в зависимости от степени его участия в профилактических программах и приверженности здоровому образу жизни (путем дифференциации соплатежей и взносов); 3) контроль государством и профсоюзами соблюдения безопасных условий труда на производстве и обязательное страхование работников работодателем на случай профессионального заболевания или травмы; 4) проведение по инициативе работодателя профилактических и оздоровительных программ на производстве; 5) проведение по инициативе государства массовых санитарно-просветительских программ для населения.

Практически во всех странах финансовая ответственность за финансирование здравоохранения разделена (см. разделы 5.2 и 5.4). В части установления **дифференцированных соплатежей** в зависимости от приверженности к профилактическим программам следует обратить внимание на пример Германии.

В этой стране начиная с 1989 г. была внесена серия поправок в Федеральные законы, по которым страховые компании могут предлагать бонусы или снижать соплатежи застрахованным в случае, если они активно принимают участие в скрининговых программах и ведут здоровый образ жизни. Например, если пациенты своевременно проходят консультации и обследование по поводу рака молочной железы, толстого кишечника и шейки матки, то их личные доплаты в программы ОМС могут быть сокращены на 20% (Schmidt H. et al., 2009).

Касательно вопроса об **охране труда на производстве**, то лучшим примером являлась советская система здравоохранения, где охрана

труда на производстве и медицинские услуги работникам крупных предприятий были высокого качества и служили примером для многих зарубежных стран (Общественная палата, Измеров Н.Ф., 2008). К сожалению, многое из созданного в тот период утеряно (см. раздел 2.5).

Хотя сегодня в РФ и реализуется «Государственная программа в области охраны труда в РФ на период 2008—2010 гг.»,¹ в ней не предусмотрены: целевые показатели по улучшению здоровья работников к 2010 г.; увеличение объема средств на реализацию этой программы; публикация ежегодных отчетов с анализом динамики производственного травматизма и условий труда на производстве с 1990 г. в разрезе отраслей и конкретных предприятий (представленный отчет за 2008 г. дает сравнения только с 2007 г.). В этой программе также недостаточно представлены медицинские и профилактические мероприятия по улучшению здоровья работников промышленных предприятий (проведение только профилактических осмотров работников недостаточно).

В то время, когда в РФ доступность профилактической и медицинской помощи работникам промышленных предприятий падает, предприниматели многих стран, понимая, что производительность труда (а значит, и их прибыли) зависит от здоровья работников, идут по пути создания **на предприятиях центров здоровья и офисов врачей общей практики**, проводят массовые профилактические программы.

Например, в США считается, что профилактика и создание «культуры здоровья» в обществе и на предприятиях являются одними из самых действенных и экономически эффективных способов улучшения здоровья населения. Методология профилактических мероприятий разрабатывается профессиональными обществами и государственными образовательными и научно-исследовательскими учреждениями. Реализуются профилактические программы частными компани-

¹ <http://www.rconsult.ru/Word/Analitika/OT/DokladM2SRo8.doc>

ями. Оплачиваются (инициируются) работодателем напрямую или через страховую компанию. Мотивация работников предприятий по участию в профилактических программах реализуется через финансовые стимулы (уменьшение личных взносов работников в программы ДМС, премии и др.).

Доказано, что эффективность этих мероприятий усиливается, если на предприятии создается всеобщая «культура здоровья», в программах активно участвует руководство, внедряется соревновательная компонента и достигнутые результаты постоянно анализируются. Считается, чтобы получить экономические выгоды (снижение числа дней нетрудоспособности, повышение производительности труда), предприятие должно заниматься программами по профилактике не менее 3 лет. Эффективность вложений составляет, по разным оценкам, от 3 до 5 \$ США на каждый вложенный доллар (Thorpe K., 2009). Особое место в этой работе занимают высококачественные материалы по пропаганде здорового образа жизни, которые разрабатываются профессиональными обществами.

По вопросу проведения **массовых оздоровительных программ**, то с начала 1990-х годов правительства многих стран за исключением РФ (см. раздел 2.3) активно приступили к реализации программ, направленных на повышение приверженности населения к здоровому образу жизни. Например, по данным ВОЗ¹, в Польше в 1991 г. за год благодаря реализации мероприятий по охране здоровья² было достигнуто снижение смертности населения от болезней системы кровообращения на 10% в возрасте от 20 до 44 лет и на 7% — в возрасте 46–64 лет. В Финляндии с 1970 по 2002 г. смертность мужчин снизилась на 65% благодаря специальным программам, направленным на снижение потребления алкоголя и распространенности табакокурения. Правительство Великобритании в рамках Стратегии развития здраво-

¹ «Preventing chronic diseases: a vital investment», 2005.

² Увеличение потребления растительных масел и снижение табакокурения.

охранения (1997–2007 гг.) реализовало несколько профилактических программ (здоровое питание школьников, борьба с табакокурением). Благодаря реализации противотабачной кампании и ряда мер по лечению сердечно-сосудистых заболеваний (обеспечение населения антигипертензивными ЛС в амбулаторных условиях и повышение доступности специализированной кардиологической помощи) министерству здравоохранения Великобритании удалось добиться снижения смертности от болезней системы кровообращения с 1997 по 2005 г. на 32% в группе населения до 75 лет.

Урок

Государство, работодатели и граждане должны разделять ответственность по сохранению и укреплению здоровья. Для этого государством внедряются экономические механизмы (дифференцированное участие населения в софинансировании медицинской помощи); законодательные (обязательное страхование работников на случай профессионального заболевания, установление жестких нормативов по охране труда); проводятся массовые профилактические и оздоровительные программы.

Хорошее здоровье у работников экономически выгодно и для работодателей, и для государства. Для этого необходима система мер по охране труда, реализация профилактических программ на производстве и приближение медицинской помощи к работникам.

Рекомендации для России

Учитывая крайне неблагоприятные состояние здоровья работающего населения и условия труда на производстве в РФ, необходимо восстановить и адаптировать к современным условиям систему охраны труда и организации медицинской помощи работникам промышленных предприятий, которая существовала в Советском Союзе.

Необходимо приступить к реализации массовых санитарно-просветительских программ, направленных на повышение приверженности работников предприятий здоровому образу жизни. При этом не отдавать на откуп работодателям проведение этих мероприятий, а сделать их обязательными, контролируруемыми государством и по единым стандартам.

Для повышения мотивации населения к ведению здорового образа жизни можно обсудить введение дифференцированных взносов в систему ОМС в зависимости от его образа жизни (если будут установлены взносы населения в ОМС) и дифференцированные ставки соплатежей (если такая программа будет реализована в РФ). Однако следует учесть, что установление системы дифференцированных соплатежей и взносов может быть сопряжено с бóльшей административной работой.

5.20. Уроки программы дополнительного лекарственного обеспечения и приоритетного национального проекта «Здоровье»

5.20.1. Программа дополнительного лекарственного обеспечения населения (ДЛО)

Эта программа реализуется с 2005 г. в рамках Федеральных законов № 178 от 17 июля 1999 г.¹ и № 122-ФЗ от 22 августа 2004 г.² (или закона о монетизации льгот). Суть изменений, внесенных ФЗ № 122, в социальную поддержку граждан:

1) Полномочия по государственной социальной помощи были разделены между федеральным и региональным уровнями власти. Эта помощь может быть оказана в виде ежемесячных денежных выплат (ЕДВ) или пособий и в виде субсидий по оплате определенного набора социальных услуг (НСУ) и необходимых товаров. **Федеральный бюджет взял на себя существенную нагрузку по оплате НСУ.** К категориям населения, имеющим право на НСУ за счет федерального бюд-

¹ «О государственной социальной помощи».

² «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации” и “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”».

жета, были отнесены: инвалиды войны; участники Великой Отечественной войны (ВОВ), ветераны боевых действий; военнослужащие, проходящие военную службу в воинских частях; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; лица, работавшие в период ВОВ на объектах военного значения; члены семей погибших инвалидов и участников ВОВ, инвалиды, дети-инвалиды. Был установлен НСУ для этих категорий граждан — дополнительная бесплатная медицинская помощь в виде обеспечения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения (ИМН) и специализированными продуктами лечебного питания, а также предоставление прав на санаторно-курортное лечение (по направлению врача) и на бесплатный проезд на пригородном транспорте и междугороднем транспорте к месту лечения. Программа обеспечения населения ЛС, ИМН и продуктами лечебного питания получила название — ДЛО.

За счет средств субъектов РФ НСУ получали другие категории населения, имеющие право на получение государственной социальной помощи. Перечень категорий населения, состав НСУ и Перечень ЛС регулировались самими регионами согласно ФЗ № 178 от 17 июля 1999 г. и постановлению Правительства РФ № 890 от 30 июля 1994 г.¹

2) Гражданам, имеющим право на получение НСУ за счет средств федерального бюджета, было предоставлено **право отказаться** от НСУ в пользу ЕДВ.

3) Была установлена **номинальная сумма** оплаты НСУ на одного гражданина за счет средств федерального бюджета, которая подлежала ежегодной индексации. В 2005 г. эта сумма (на оплату ЛС и санаторно-курортного лечения) составляла 400 руб. в месяц, в 2009 г. — 641 руб.

Принятие этого закона позволило зафиксировать и формализовать обязательства государства по обеспечению социальной помощи гражданам, а

¹ «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

также расширить права отдельных категорий граждан по обеспечению льготами. Например, объем средств на НСУ в части дополнительного лекарственного обеспечения (из всех источников финансирования) по сравнению с 2004 г. в 2005 г. увеличился в 2,5 раза, а в 2008 г. — в 6,3 раза (табл. 13). Также была существенно расширена номенклатура лекарственных средств, из которого гражданам были гарантированы ЛС.

В 2008 г. программа ДЛО была трансформирована в программу обеспечения населения лекарственными средствами (ОНЛС)

Таблица 13

Фактические (кассовые) расходы (в млрд руб.) на обеспечение отдельных категорий населения ЛС и ИМН

Источник финансирования	2004 г. ¹	2005 г. ²	2006 г. ³	2007 г. ⁴	2008 г. ⁵
Бюджеты субъектов РФ (в соответствии с постановлением Правительства РФ № 890 от 30 июля 1994 г.)	15,3	4,9	15,4	11,2	18,9
Федеральный бюджет (программы ДЛО–ОНЛС и «7 нозологий»)	—	33,6	42,6 (в том числе переходящий остаток с 2005 г. — 17,2)	66,9	77,8 (в том числе 30,9 — программа ОНЛС; 11,0 — финансирование организационных мероприятий по обеспечению ЛС программы «7 нозологий»; 32,0 — программа «7 нозологий» ⁶)
ИТОГО	15,3	38,5	58,0	78,1	96,7

¹ Сайт Минздравсоцразвития РФ, <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzcr/letters/29/lekarstvo.ppt>

² Сайт Минздравсоцразвития РФ, <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzcr/letters/29/lekarstvo.ppt> и доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2005 г.

³ Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 г.

⁴ Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 г.

⁵ Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 г. и Федеральный закон № 198-ФЗ от 24 июля 2007 г. «О Федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов».

⁶ Данные предварительные.

и полномочия по обеспечению лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на НСУ за счет средств федерального бюджета, были переданы на уровень субъектов РФ с соответствующими субвенциями¹.

В 2008 г. численность граждан, имеющих право на федеральные льготы по НСУ, составила около 9 млн человек, из них 6 млн пользовались НСУ по лекарственному обеспечению².

В 2008 г. из программы ОНЛС также была выделена отдельная подпрограмма «7 нозологий». По этой подпрограмме лекарствами обеспечивались около 50 тыс. граждан, страдающих заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, среди них: больные гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также пациенты после трансплантации органов и тканей.

Всего на обеспечение отдельных категорий населения ЛС за счет средств бюджетов всех уровней в 2008 г. было потрачено 96,7 млрд руб. Из них на программу ОНЛС — 49,8 млрд руб. (30,9 млрд руб. — из средств федерального бюджета; 18,9 млрд руб. — из региональных), а на программу «7 нозологий» — почти 43 млрд руб., включая средства на осуществление организационных мероприятий в субъектах РФ.

Следует отметить, что **при формировании Федерального закона № 122 и в реализации программы ДЛО (ОНЛС) были допущены серьезные провалы.** Среди них:

1) Предусмотренное в законе право выбора граждан между ЕДВ и НСУ привело к тому, что часть граждан **отказалась** от натураль-

¹ Постановление Правительства РФ № 722 от 29 сентября 2008 г. «О предоставлении в 2008 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения».

² Сайт Минздравсоцразвития РФ, <http://www.minzdravsoc.ru/social/social/o/>, выступление министра здравоохранения и социального развития на совещании по вопросам социального обеспечения россиян, 26 февраля 2009 г.

ной льготы в пользу ЕДВ. Тем самым эти граждане могли и не потратить полученные средства на ЛС, т.е. на улучшение своего здоровья. Более того, в программе ДЛО остались граждане преимущественно с высокими рисками потребления дорогостоящих лекарственных средств, что привело к недостатку средств в этой программе (так как объем средств на нее предусмотрен из расчета стоимости ежемесячной выплаты на одного человека, оставшегося в программе). Особенно недостаток средств на программу был ощущен в середине 2006 г., когда они закончились к середине года (правда, это также было связано с отсутствием жесткого регулирования цен накупаемые ЛС и с нерациональной выпиской ЛС врачами).

2) Лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет солидарных (общественных) средств необходимо было организовать **для всех**, а не только для отдельных категорий населения. Например, можно было предусмотреть дополнительные взносы в систему ОМС на программу лекарственного страхования. При этом установить соплатеж населением расходов на лекарственные средства в момент их приобретения, а льготные категории населения освободить от этих соплатежей, т.е. сделать им приобретение ЛС полностью бесплатным. Именно так организована система лекарственного обеспечения в странах с развитой рыночной экономикой (см. раздел 5.15). Только при обеспечении **всех** категорий населения (особенно граждан в трудоспособном возрасте и детей) необходимыми ЛС в амбулаторных условиях можно добиться заявленных целей по программе ДЛО — снижения заболеваемости и числа госпитализаций.

3) Категории населения, получающие льготы за счет средств региональных бюджетов, оказались в зависимости от бюджетной обеспеченности субъектов РФ, соответственно возникло **неравенство жителей различных субъектов** по доступности государственной социальной помощи. Например, по данным Счетной палаты (2005), по отдельным регионам имелись существенные различия (до 5 раз) в объеме денежных выплат труженикам тыла и размеров сохраненных им

натуральных льгот: оплата лекарственных средств, транспорта, жилищно-коммунальных услуг.

4) Недостаточно были продуманы механизмы реализации программы.

▶ Перечень ЛС, из которого субсидировались ЛС гражданам, формировался без должного обсуждения и соблюдения прозрачности процедуры отбора лекарственных средств. Это привело к тому, что в него попадали ЛС с недоказанной эффективностью, а также второстепенные ЛС¹. Затраты на эти ЛС в денежном выражении составили 23% от общих расходов на программу в 2006 г. (ФОМС, методические рекомендации, 2007), т.е. **23%** средств на программу были потрачены **неэффективно**.

▶ Не был сформирован прогнозный анализ потребности в лекарственных средствах в разрезе регионов, что привело к пересортице и недостатку ЛС в одних регионах и к излишкам ЛС — в других.

▶ Не были разработаны показатели оценки эффективности программы и не предусмотрены механизмы снижения издержек по всем этапам ее реализации. Например, предельные торговые надбавки к заявленной цене производителей ЛС (приказ Росздравнадзора № 660-Пр/04 от 22 декабря 2004 г.) варьировали от 20 до 103% и были методически не обоснованы. А предельные отпускные цены на ЛС были установлены только в 2006 г. (приказ Росздравнадзора № 2240-Пр/06 от 2 октября 2006 г.) и не были основаны на анализе минимальных цен в РФ и за рубежом. Это привело к тому, что у поставщиков ЛС возник стимул к поставке наиболее дорогостоя-

¹ В соответствии с классификацией ВОЗ, ЛС подразделяются на жизненно важные и второстепенные. Жизненно важные препараты (V) — лекарственные средства, необходимые для спасения жизни (например, тромболитики в кардиологических учреждениях), постоянно требующиеся для поддержания жизни (инсулин, глюкокортикостероиды) и те, после прекращения приема которых развивается синдром отмены. Второстепенные препараты (N) — лекарственные средства для лечения легких заболеваний, лекарства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарства с симптоматическими показаниями. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

щих препаратов, и в целом обусловило **неэффективное расходование** средств по программе ДЛО.

Такая ситуация во многом продолжается и по сей день, поэтому даже в 2009 г. в ряде субъектов РФ (Ингушетии, Санкт-Петербурге, Рязани) средняя стоимость рецепта по программе ОНЛС соответственно в 5, 2,4 и в 2 раза остается выше, чем средняя цена рецепта по РФ (566 руб.)¹.

► Не был разработан информационный стандарт рациональной выписки лекарственных средств врачом, что привело к **излишним и необоснованным назначениям**. Например, в 2006 г. по факту выписки в программе ДЛО среди 15 наиболее затратных ЛС оказалось 4 препарата из группы второстепенных лекарственных средств, на которые ушло около 6% бюджета ДЛО, или 3,5 млрд руб. Доля отечественных производителей в денежном выражении в программе ДЛО составила только около 10% от общих расходов, а дженериковых — 5% (ФОМС, методические рекомендации, 2007). Вместе с тем использование отечественных и дженериковых препаратов является мощным инструментом сдерживания расходов на ЛС по государственным программам.

► Не были предусмотрены достаточные механизмы снижения дополнительной нагрузки на врача, связанной с ведением дел по ДЛО, что привело к недовольству врачей и снижению качества обслуживания пациентов. Компьютеризация рабочих мест врачей и обеспечение МИС по выписке ЛС не смогли полностью закрыть эту проблему, так как не все рабочие места врачей оснащены компьютерами, а МИС не всегда удобны в эксплуатации.

5) Распределение общественных средств по обеспечению населения ЛС нельзя назвать справедливым. Программа «7 нозологий», обеспечивающая около 50 тыс. человек необходимыми ЛС за 43 млрд руб., безусловно, важна, но при этом остаются вопросы: 1) почему выбраны именно эти 7 нозологий и 2) почему государством не субсидируются

¹ Сайт Минздравсоцразвития РФ, <http://www.minzdravsoc.ru/health/remedy/36/>, селекторное совещание с субъектами РФ, 2009 г.

ЛС для работающего населения, например мужчин, страдающих гипертонической болезнью? Вместе с тем именно высокая смертность мужчин трудоспособного возраста от заболеваний системы кровообращения является фактором, существенно снижающим доходы в ВВП страны (см. раздел 10), а значит, и доходы в бюджет, из которого и формируются общественные средства на здравоохранение, в том числе и на программу ОНЛС.

Большинство недостатков в организации программы ДЛО (ОНЛС) сохраняются по сей день.

5.20.2. ПНП «Здоровье»

С 2006 г. под патронажем Президента РФ начали реализовываться приоритетные национальные проекты: «Образование», «Доступное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» и «Здоровье». Наиболее масштабным и значимым являлся ПНП «Здоровье» (который также включал дополнительные меры в области демографии). Его реализация началась с 2006 г. по 4 основным направлениям (рис. 50):

1) **Развитие первичной медико-санитарной помощи.** В рамках этого направления осуществляются:

- ▶ повышение оплаты труда медицинских работников первичного звена здравоохранения (врачи общей {семейной} практики, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые и медицинские сестры, работающие с ними; врачи, фельдшеры и медицинские сестры скорой медицинской помощи; фельдшеры, акушерки и медицинские сестры ФАПов);

- ▶ оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений и станций скорой медицинской помощи современным оборудованием и автотранспортом;

- ▶ увеличение объемов подготовки врачей на курсах повышения квалификации и переподготовки.

2) **Усиление профилактической составляющей** медицинской помощи. По этому направлению реализуются следующие мероприятия:

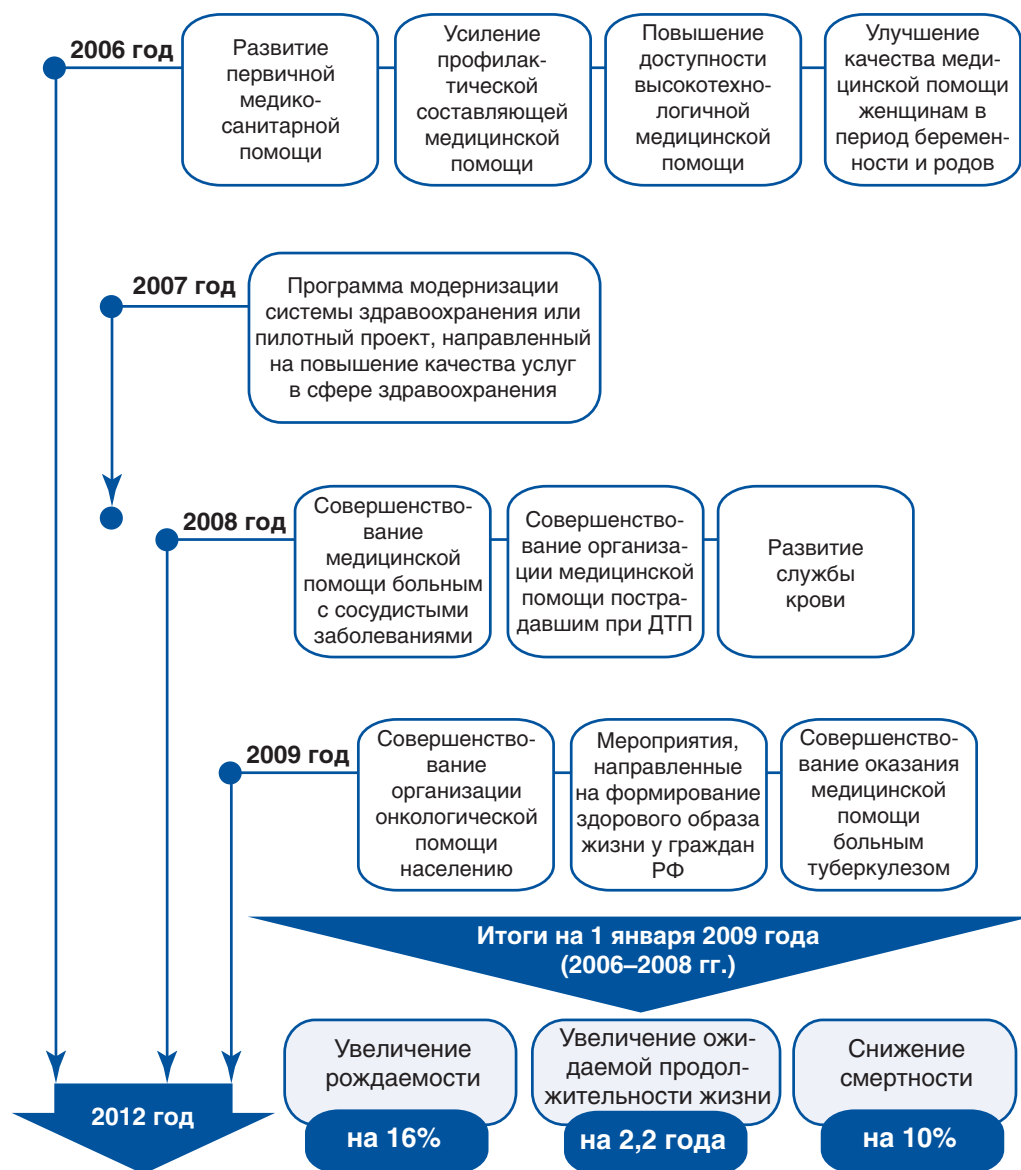


Рис. 50. Основные направления реализации ПНП «Здоровье» в 2006–2009 гг. и итоги на 1 января 2009 г.

▶ проведение иммунизации населения и расширение Национального календаря профилактических прививок, а также выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;

▶ проведение диспансеризации и углубленных медицинских осмотров населения, в том числе работающих во вредных и опасных условиях труда, диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

▶ проведение обследования новорожденных детей на галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз и проведение аудиологического скрининга.

3) **Повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.** Это направление включает:

▶ увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи по ПГГ;

▶ строительство 14 новых центров высоких медицинских технологий;

▶ развитие новых высоких технологий (с 2008 г.).

4) **Улучшение качества медицинской помощи женщинам в период беременности и родов** — реализуется через систему родовых сертификатов и строительство и оснащение 23 областных (краевых, республиканских) перинатальных центров.

С 2007 по 2009 г. появилось еще 7 дополнительных направлений.

5) Программа **модернизации системы здравоохранения** или пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, который был реализован в 19 субъектах РФ в 2007–2008 гг.¹ По программе были отработаны следующие направления: реформирование оплаты медицинских работников в зависимости от конечных результатов; поэтапный переход медицинских учреждений на одноканальное финансирование; финансирование медицинских

¹ Постановление Правительства РФ № 816 от 28 ноября 2007 г.

учреждений в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанных по МЭС; внедрение элементов фондодержания поликлиниками; учет объемов и качества оказанной медицинской помощи.

6) Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями — программа, стартовавшая в 2008 г. В этой программе с 2008 г. принимают участие 12 субъектов РФ (с 2009 г. планируется еще 12 субъектов РФ), в которые поставляется современное оборудование для организации первичных сосудистых отделений и центров сосудистой патологии. В 2009 г. выделены средства для оснащения оборудованием 2 федеральных учреждений.

7) Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП (реализуется с 2008 г.). По этому направлению предусмотрены субсидии субъектам РФ (территории, через которые проходят федеральные автомобильные дороги) на закупку оборудования для организации отделений по оказанию специализированной помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. В 2009 г. также предусмотрено оснащение оборудованием 2 федеральных центров.

8) Развитие службы крови. Направление реализуется с 2008 г. и включает мероприятия по пропаганде массового донорства крови, а также централизованную закупку оборудования (мобильные комплексы заготовки крови и ее компонентов, медицинское, лабораторное, сетевое и компьютерное оборудование) для 26 субъектов РФ.

9) Совершенствование организации онкологической помощи населению (реализуется с 2009 г.). По этому направлению предусмотрены субсидии 11 субъектам РФ на оснащение оборудованием 11 окружных и региональных онкологических диспансеров, а также средства на оснащение оборудованием 2 федеральных учреждений.

10) Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан РФ. По этому направлению в 2009 г. предусмотрены субсидии на создание и оснащение 502 центров профилактики во всех субъектах РФ и на разработку сайта Минздравсоцразвития РФ.

11) Совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом (2009 г.) — обеспечение ЛПУ противотуберкулезными ЛС, лабораторным и диагностическим оборудованием и др.

В таблице 14 представлены расходы на ПНП «Здоровье» по направлениям и результаты проекта, полученные к 2009 г. и за I полугодие 2009 г. Следует отметить, что в условиях сложившейся практики отсутствия ежегодных итоговых ведомственных отчетов с нарастающим итогом по результатам деятельности системы здравоохранения, в том числе сводных данных по ПНП «Здоровье», данную таблицу автору пришлось составлять самостоятельно. Для этого были использованы следующие источники: доклады о ходе реализации программы государственных гарантий за 2006–2008 гг.; материалы Федерального фонда ОМС за 2009 г.¹; аналитические материалы Минздравсоцразвития РФ², доклады и выступления министра здравоохранения и социального развития³, материалы ГУ-ВШЭ⁴. Всего на все направления национального проекта «Здоровье» было израсходовано и планируется потратить с 2006 по 2009 г. 475,4 млрд руб. Ежегодные вложения не превысили 0,38% ВВП.

¹ Отчет о деятельности Федерального фонда ОМС за 2008 г. // Обязательное медицинское страхование. — № 1. — 2009. Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах РФ в 2007–2008 гг. // Обязательное медицинское страхование. — 2009. — № 2.

² <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzcr/letters/35> Перечень наиболее успешных и значимых проектов, реализованных Министерством здравоохранения и социального развития в 2007 г., и планы на 2008 г.; <http://www.minzdravsoc.ru/health/prophylactic/2>

³ Выступление министра здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой на заседании Совета при Президенте Российской Федерации по приоритетным национальным проектам и демографической политике 28 февраля 2008 г. и доклады: «Итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в I полугодии 2009 г.» (http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/37/prezentaciya_I_polugodie.ppt) и «О предварительных итогах реализации ПНП в 2007–2008 гг., мероприятиях и параметрах проекта и демографической политики в 2008 г., а также направления работ на долгосрочную перспективу, 2007 г.» (<http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/5>).

⁴ Доклад по анализу национального проекта «Здоровье» и направлениям развития здравоохранения, 2009 г.

Таблица 14
Расходы на ПНП «Здоровье» (млрд руб.) по направлениям и результатам на 1 января 2009 г.

Направление национального проекта «Здоровье» и виды расходов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	ИТОГО	Результаты на 1 января 2009 г.
<i>1. Развитие первичной медико-санитарной помощи</i>						
1.1. Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых	0,2	0,3	0,3	0,3	1,1	Более 36 тыс. врачей прошли подготовку и переподготовку
1.2. Осуществление денежных выплат врачам общей (семейной) практики, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и работающим с ними медицинским сестрам, персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи	18,7	21,7	28,7	34,5	103,6	16% медицинских работников повышена заработная плата. Участковая служба перестала испытывать острый дефицит в кадрах. На участки пришли работать 7700 врачей. С 1,4 до 1,2–1,3 снизился коэффициент совместительства
1.3. Оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальных образований	14,3	15,4	0,05	—	29,8	Более 47 тыс. единиц оборудования поставлено. С 10 дней до 3–5 дней сократилось время ожидания диагностических исследований
1.4. Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи, отделений и учреждений скорой медицинской помощи	3,6	3,9	0,2	—	7,7	Более 13 тыс. единиц автотранспорта поставлено. На 70% обновлен автопарк санитарного автотранспорта. С 35 до 25 мин уменьшилось время доезда скорой помощи (по срочному вызову)

Продолжение табл. 14

Направление национального проекта «Здоровье» и виды расходов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	ИТОГО	Результаты на 1 января 2009 г.
2. Усиление профилактической составляющей медицинской помощи						
2.1. Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ	2,8	7,8	8,0	9,3	27,9	На 25% снизилась заболеваемость гепатитом В, 22 млн чел. ежегодно проводятся профилактические обследования и 40 тыс. ВИЧ-инфицированных получают лечение
2.2. Иммунизация населения	4,5	6,1	5,0	5,3	20,9	В 4,5 раза уменьшилась заболеваемость краснухой, в 2 раза — дифтерией, в 5,9 раза — корью, на 18% — эпидемическим паротитом, на 45% — брюшным тифом
2.3. Обследование новорожденных на галактоземию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземию, фенилкетонурию и проведение аудиологического скрининга	0,4	0,4	0,4	0,5	1,7	Более 2,8 млн новорожденных обследованы на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз; 1,9 — на муковисцидоз и адреногенитальный синдром, 1,6 млн — на галактоземию. Более 1300 случаев развития хронической патологии предотвращены
2.4. Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой неработающим пенсионерам	4,3	0,6	—	—	4,9	
2.5. Оплата услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи	3,7	1,5	—	—	5,2	

Продолжение табл. 14

Направление национального проекта «Здоровье» и виды расходов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	ИТОГО	Результаты на 1 января 2009 г.
2.6. Проведение дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в возрасте 35–55 лет. С 2008 г. — дополнительная диспансеризация работающих граждан	1,6	4,0	5,7	4,1	15,4	13,5 млн человек прошли обследования (за 2006–2008 гг.). Выявлено 4 млн случаев заболеваний, из них 68% на ранних стадиях (2006–2007 гг.)
2.7. Углубленные (дополнительные) медицинские осмотры работников, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными факторами	1,9	2,0	2,0	2,0	7,9	10,1 млн работников обследованы (за 2006–2008 гг.)
2.8. Дополнительная диспансеризация детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	—	0,2	0,5	0,6	1,3	320 тыс. детей прошли обследования
3. Повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи						
3.1. Строительство центров высоких медицинских технологий	3,2	28,8	9,4	11,6	53,0	3 центра пущено в эксплуатацию
3.2. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи	9,9	17,5	24,2	28,2	79,8	В 3,5 раза (с 60 тыс. пациентов в 2005 г. до 213 тыс. в 2008 г.) увеличилась объем высокотехнологичной помощи за счет средств федерального бюджета
3.3. Развитие новых высоких медицинских технологий	—	—	7,7	—	7,7	
4. Улучшение качества медицинской помощи женщинам и детям в период беременности и родов						
4.1. Оплата медицинской помощи женщинам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в период беременности и родов («родовой сертификат»)	9,1	14,5	16,6	17,0	57,2	На 29% снизилась младенческая смертность (с 11,0 на 1 тыс. родившихся живыми в 2005 г. до 8,5 в 2008 г.).

Продолжение табл. 14

Направление национального проекта «Здоровье» и виды расходов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	ИТОГО	Результаты на 1 января 2009 г.
						На 18% снизилась материнская смертность (с 25,4 на 100 тыс. родившихся живыми в 2005 г. до 21,5 в 2008 г.). Доля родов без осложнений возросла на 5%
4.2. Строительство и оснащение перинатальных центров			7,4	6,0	13,4	В 2009 г. запланирован пуск 2 центров
5. Реализация пилотного проекта по модернизации здравоохранения	—	2,0	3,4	—	5,4	На 50% увеличилась оплата труда медицинских работников в пилотных субъектах РФ. На 28% увеличились объемы амбулаторно-поликлинической помощи в субъектах, внедривших частичное фондодержание. На 35% увеличилась удовлетворенность пациентов в пилотных регионах, реформировавших оплату труда
Реализация информационной поддержки и управления проектом	0,6	0,7	0,2	—	1,5	Благодаря распространению информационных материалов о проекте существенно увеличилось понимание и позитивное отношение к проекту
6. Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП	—	—	3,2	2,6	5,8	На 17% снизился показатель смертности в ДТП за первую половину 2009 г. в субъектах РФ, участвующих в программе (на 13% — по РФ в среднем)

Окончание табл. 14

Направление национального проекта «Здоровье» и виды расходов	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	ИТОГО	Результаты на 1 января 2009 г.
7. Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями	—	—	3,6	3,2	6,8	В 2,5 раза в среднем увеличилось число госпитализированных больных, получивших современное лечение с ИМ, в субъектах РФ, участвующих в программе. В 3 раза в среднем увеличилось число больных; госпитализированных с ишемическим инсультом и получивших адекватное лечение
8. Приоритет «Развитие службы крови»	—	—	3,3	4,2	7,5	На 5,5% увеличилось число доноров, безвозмездно сдающих кровь
9. Совершенствование организации онкологической помощи населению				6,3	6,3	
10. Совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом				2,8	2,8	
11. Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у населения РФ				0,8	0,8	
ВСЕГО, млрд	78,8	127,4	129,9	139,3	475,4	
Доля в ВВП, %	0,3%	0,38%	0,31%	—	—	

Главным итогом приоритетного национального проекта «Здоровье» стало улучшение здоровья населения РФ. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65,3 года в 2005 г. до 67,6 года в 2007 г., т.е. на 2,2 года. Общий коэффициент смертности понизился с 16,1 в 2005 г. до 14,7 в 2008 г., т.е. на 10%. Ежегодное снижение смертности позволило сохранить за 3 года 540 тыс. жизней российских граждан.

Этот расчет сделан следующим образом: без реализации проекта «Здоровье» общий коэффициент смертности в 2006–2008 гг. остался бы на уровне 2003–2005 гг. (см. рис. 3), т.е. на уровне 16,2–16,0 на 1000 человек. Сумма разницы между общим коэффициентом смертности в 2005 г. и его значениями в 2006 г., 2007 г. и в 2008 г. в пересчете на все население страны и дает показатель сохраненных жизней — 540 тыс. человек.

Благодаря национальному проекту «Здоровье» и принятым Правительством РФ мерам по улучшению демографической ситуации («материнский капитал» и массовая пропаганда рождаемости), рождаемость с 2006 по 2007 г. увеличилась почти на 9%, а с 2007 по 2008 г. — на 7%. При этом рождаемость увеличилась во всех субъектах РФ (кроме Магаданской области).

Некоторые эксперты связывают это увеличение с ростом числа женщин детородного возраста. Действительно, с 2005 г. вступило в детородный возраст поколение женщин, рожденных в 1981–1985 гг., и которое на 9% по численности превосходит предыдущее поколение, рожденных в 1976–1980 гг. (см. рис. 39, стр. 183). Но такая же ситуация была и в 2000 г., когда в детородный возраст вступило поколение женщин, рожденных в 1976–1980 гг., и по численности превосходящее на 8% предыдущее поколение. Но с 2000 по 2005 г. увеличение рождаемости происходило в среднем по 4% в год¹, а не на 9 и 7%, как это произошло в 2007 и в 2008 гг. Таким образом, структурный фактор (т.е. увеличение числа женщин детородного возраста) мог обеспечить не более половины эффекта прироста рождаемости, наблюдаемой с 2007 г., вторая половина — это влияние государственной политики.

¹ В 2005 г. наблюдался спад рождаемости на 3%.

Реализация проекта «Здоровье» показала важность государственного вмешательства, т.е. наличия политической воли, в улучшении здоровья населения.

Вместе с тем следует отметить и **недостатки в реализации проекта — акцент сделан на вложения в развитие высоких технологий и инфраструктурной составляющей здравоохранения**. Так, закупка дорогостоящего оборудования для ЛПУ, строительство центров высоких технологий составили 40% в общих расходах на проект (см. табл. 14). Вложения в развитие первичной медико-санитарной помощи и профилактики, которые являются наиболее экономически эффективными мерами по улучшению здоровья населения, составили только 60%. Здесь прослеживается постоянная российская тенденция — потратить максимальное количество средств на строительство новых центров и закупку дорогостоящего оборудования.

Вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение низкой оплаты труда медицинских работников и повышение их недостаточной квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, **были просто ничтожно малы** и составили соответственно только 21 и 0,2% от общего объема средств ПНП «Здоровье». В 2008 г. медицинские работники по-прежнему были одними из самых низкооплачиваемых среди работников других отраслей. Их заработная плата была на 30% ниже, чем в среднем по РФ, и почти в 1,6 раза ниже, чем у работников системы государственного управления.

Следует отметить также **непрозрачность критериев отбора федеральных учреждений и субъектов РФ для оснащения дорогостоящим оборудованием и для строительства новых центров**. Такое распределение необходимо проводить или на основании процедуры открытых конкурсов, или по утвержденному, например, 10-летнему плану поэтапного технического перевооружения отрасли, в котором предусмотрены интересы населения всех субъектов РФ. Также строительство центров высоких медицинских технологий не со-

проводилось параллельным увеличением объемов финансирования высокотехнологичной медицинской помощи и подготовкой высококвалифицированных кадров. Эта проблема привела к неполной загрузке (соответственно неэффективному использованию мощностей государственных учреждений) как во вновь построенных центрах, так и в уже имеющихся федеральных, региональных и ведомственных учреждениях, оказывающих помощь по высоким технологиям.

В программе совершенствования помощи по сосудистым заболеваниям акцент также сделан на поставку дорогостоящего оборудования и организацию работы сосудистых центров, что, безусловно, важно; но при этом не предусмотрены мероприятия по первичной и вторичной профилактике сосудистых заболеваний и повышению квалификации медицинских кадров в вопросах лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Например, предотвращение табакокурения среди населения и обеспечение бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях пациентов, имеющих высокий риск сердечно-сосудистой смерти, позволяют снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 75–80%. В то время как получение специализированной помощи в высокотехнологичных центрах — только на 7–8% (Leahterman S. et al., 2005).

Недочеты отмечаются также в организации проведения диспансеризации населения — не все проводимые в рамках диспансеризации мероприятия¹ научно обоснованны и экономически оправданны. Например, многие эксперты на основании международных рекомендаций отмечают, что определение онкомаркеров, триглицеридов в крови и липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови, проведение электрокардиографии и флюорографии, а также осмотр узкими специалистами необходимо проводить только по специальным показаниям.

¹ Приказ Минздравсоцразвития № 80 от 20 февраля 2008 г.

Необходимость повышения оплаты труда врачей-специалистов за счет средств, направленных на диспансеризацию, понять можно, но реализовывать эту задачу надо было более простыми способами, например просто увеличить объем средств на оплату их труда. Дополнительной проблемой программы диспансеризации является неэффективная ее реализация в ряде субъектов РФ. По данным проверки, проведенной Росздравнадзором в 2009 г.¹, примерно в половине ЛПУ выявлены злоупотребления (приписки) и системные нарушения: отсутствует обоснование диагноза, нарушено ведение документации. Проведение диспансеризации поликлиниками привело также к дополнительной нагрузке на и без того перегруженных врачей, что ухудшило качество медицинской помощи другим категориям населения.

Более того, проведение диспансеризации должно сопровождаться планом оздоровительных и лечебных мероприятий для населения каждой группы здоровья. Эти мероприятия не всегда можно реализовать в условиях нехватки и большой загруженности участковых врачей и ВОП, а также недостаточного финансирования лекарственного обеспечения населения (в амбулаторных условиях) и низкой доступности высокотехнологичных методов лечения.

Что касается **пилотного проекта** по модернизации здравоохранения, то перед его реализацией не были выработаны единые методология проведения и критерии оценки эффективности. В результате субъекты РФ реализовывали проект каждый по своему методу, и полученные результаты оказались мало сопоставимыми, кроме одного: увеличение финансирования медицинской помощи ведет к увеличению объемов ее оказания, повышению тарифов, увеличению оплаты труда медицинских работников и, как следствие, некоторому улучшению качества медицинской помощи пациентам.

¹ <http://rznrf.ru/?NewID>

Уроки

Политическая воля — важнейший фактор, стимулирующий системные преобразования в отрасли. Увеличение финансирования здравоохранения — важнейшее условие для улучшения здоровья населения РФ. Даже такие небольшие ежегодные вложения в здравоохранение (0,38% ВВП) позволили заметно улучшить состояние здоровья населения.

Для повышения эффективности вложений в здравоохранение необходимы широкое экспертное обсуждение и научное обоснование принимаемых решений.

Рекомендации для России

Для сохранения положительной динамики в улучшении здоровья населения и достижения поставленных целей по улучшению здоровья населения к 2020 г. необходимо продолжить основные направления национального проекта «Здоровье», интегрировав его в Стратегию развития здравоохранения и поэтапно увеличив финансирование здравоохранения в 2 раза за 3 года. Реализация Стратегии должна проходить под патронажем Президента РФ и Правительства РФ и стать приоритетом государственной политики в сохранении и укреплении человеческого потенциала нашей страны.

Содержание мероприятий Стратегии необходимо обсуждать в экспертном сообществе и оценивать их экономическую эффективность. Акцент в реализации программ необходимо сделать на экономически эффективных мерах — профилактике заболеваний, расширении объемов ПМСП, повышении квалификации медицинских кадров и их мотивации к качественному труду.

Открытое обсуждение и обязательные независимые экспертные рекомендации (в том числе с участием международных экспертов) должны предварять принятие решений о строительстве новых центров и о закупке дорогостоящего оборудования. Это связано с тем, что стоимость строительства и цена оборудования значительны, государственные расходы по этим статьям контролировать сложно, соответственно они несут максимальные коррупционные риски.

*Мы все учились понемногу
Чему-нибудь и как-нибудь,
Так воспитаньем, слава богу,
У нас немудрено блеснуть.*
А.С. Пушкин

РАЗДЕЛ 6

Анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ до 2020 г.

6.1. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.»¹

В этом документе поставлены целевые ориентиры для здравоохранения по улучшению здоровья населения: снижение смертности населения в 1,5 раза и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет. Важность перечисленных в разделе «Развитие здравоохранения» задач не вызывает сомнений. Это обеспечение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению РФ; модернизация системы ОМС; повышение эффективности системы организации медицинской помощи; улучшение лекарственного обеспечения граждан; информатизация системы здравоохранения, в том числе создание единого информационно-образовательного ресурса; развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, в том числе системы непрерывного медицинского образования; совершенствование системы охраны здоровья населения и продолжение реализации приоритетного национального проекта

¹ Утверждена распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г.

«Здоровье». Важно, что в Концепции впервые обращено внимание на необходимость развития медико-социальной помощи населению РФ. Следует только отметить, что в качестве цели государственной политики в области здравоохранения указано развитие системы здравоохранения, но это лишь задача, способ достижения цели. Основной целью развития здравоохранения в мировом сообществе в соответствии с рекомендациями ВОЗ провозглашено улучшение здоровья населения.

6.2. Программа антикризисных мер Правительства РФ на 2009 год

Эта программа, подписанная председателем Правительства РФ 19.06.2009 г., однозначно декларирует приоритет развития человеческого потенциала, в том числе путем повышения эффективности здравоохранения и сокращения дифференциации населения — по уровню доходов и в зависимости от региона проживания. Предусматриваются дальнейшее развитие приоритетного национального проекта «Здоровье», реализация комплекса мер по формированию здорового образа жизни, развитию службы крови, совершенствованию медицинской помощи матерям и детям, а также больным с сосудистыми заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Запланирована реализация мер, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологической патологией и туберкулезом. Планируется усиление государственного регулирования цен на ЛС, закупаемых за счет бюджетов. Все эти направления являются важнейшими ориентирами, но недостаточными для достижения приоритета человеческого потенциала и снижения неравенства между субъектами РФ. Для достижения этих целей необходимо сформировать Стратегию развития здравоохранения по всем приоритетным направлениям, наполнить ее конкретными и обоснованными механизмами реализации, планами мероприятий и индикаторами для контроля.

Необходимо отметить недавнее заявление Правительства РФ (сентябрь 2009 г.)¹ о замораживании на 2010 г. и, возможно, на 2011 г. оплаты труда работников бюджетной сферы, а значит, — и медицинских работников. При ежегодной инфляции более 10% это означает снижение и без того низкой оплаты труда медицинских работников на 10% к концу 2010 г. Это решение нанесет серьезный удар по реализации Программы антикризисных мер правительства в части здравоохранения и ставит под удар выполнение целевых показателей по улучшению здоровья населения.

6.3. Предложения ГУ-ВШЭ: «Концепция модернизации российского здравоохранения на 2008–2020 гг.»

В этой концепции, подготовленной в 2008 г. при участии Всемирного банка и Международного валютного фонда, изложены некоторые обоснованные предложения, такие, как увеличение объема государственного финансирования здравоохранения до 5,5–5,7% ВВП и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения, в том числе путем развития первичной медико-санитарной помощи.

Вместе с тем механизмы, предлагаемые для решения поставленных задач, в ряде случаев неприемлемы для нашей страны, а иногда недостаточны. Например, для обеспечения равенства регионов в финансировании ПГГ предлагается сократить различия только до 2–3 раз (!) путем аккумуляции больших объемов средств в ФОМС. Во-первых, различия в финансовом обеспечении ПГГ (с учетом выравнивания рисков) не должны превышать 10–15% по субъектам РФ. Во-вторых, не указано, что ликвидация этого неравенства возможна только при консолидации не менее 70–80% средств здравоохранения на национальном уровне (т.е. в ФОМС).

Некоторые предложения явно ангажированы бизнесом, например по поощрению системы ДМС с помощью налоговых льгот работо-

¹ «Замораживание» зарплат бюджетников — мера антиинфляционная (<http://www.businessuchet.ru/NewsAM/NewsAMshow.asp?ID-7993>).

дателям и по предоставлению таких налоговых льгот бизнесу, участвующему в реализации инфраструктурных проектов. В большинстве стран ЕС политика налоговых льгот ДМС и бизнесу, участвующему в реализации медицинских услуг, не практикуется, поскольку известно, что предоставление таких льгот перераспределяет средства в пользу богатых и здоровых¹ (Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы, 2002). Такие льготы наиболее распространены в США, Португалии и РФ. Однако в США и Португалии предоставление налоговых вычетов компенсируется общей прогрессивной шкалой налогообложения. В РФ существует плоская шкала налогообложения в части подоходного налога и регрессивная — по ЕСН (см. раздел 3.2.11), поэтому введение обсуждаемых налоговых льгот абсолютно не оправданно. Более того, сегодня уже имеются существенные льготы работодателям, стимулирующие развитие ДМС (предприятие имеет право включить в себестоимость средства, потраченные на ДМС в размере до 6% от ФОТ).

Развитие системы ДМС, строительство и деятельность частных учреждений здравоохранения направлены на получение прибыли собственников, основавших их, и на обслуживание меньшинства населения, имеющего средства на оплату лечения из личных средств. Это дело сугубо частного бизнеса, почему за это необходимо предоставлять налоговые льготы, обделяя наш и без того скудный бюджет на здравоохранение, просто непонятно (см. раздел 5.17).

Необоснованны также предложения по объединению взносов ОМС и ДМС в одной СМО по единой программе страхования. Во всех без исключения странах ОМС — это отдельная форма медицинского страхования, обязательная для всех граждан, регламентируемая государством и основанная на солидарном принципе — страховании без учета индивидуальных рисков; а ДМС — страхование по желанию, основанное на учете индивидуальных рисков (см. раздел 5.6).

¹ Любая налоговая льгота — это скрытый бюджетный расход.

Неприемлемым является предложение конкретизации ПГГ на основе стандартов медицинской помощи по заболеваниям. Во-первых, в рамках стандарта по заболеванию практически невозможно разделить услуги на обязательные и необязательные (т.е. бесплатные и платные). Во-вторых, такое разделение приведет к упрощенному подходу при лечении конкретных больных (только по стандарту, в то время как у каждого — свои особенности течения заболевания). В-третьих, разработка, актуализация и организационное применение стандартов (даже только по наиболее распространенным заболеваниям) в целях разграничения платных и бесплатных услуг просто немыслимы с точки зрения трудоемкости и административного регулирования (см. разделы 3.4.3; 5.8 и приложение 5).

Большую озабоченность вызывают предложения, связанные с замещением участковых врачей-педиатров на ВОП и семейных врачей, что в условиях существующей высококвалифицированной педиатрической службы, в том числе в первичном звене, не оправдано ни с организационной, ни с финансовой точек зрения, ни с точки зрения качества оказания услуг населению.

6.4. Предложения Всемирного банка «Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения здоровья населения»

В этой программе, предложенной в 2008 г., сформулированы проблемы российского здравоохранения и перечислены ключевые задачи. Позитивными для РФ предложениями являются: организация межведомственных программ по охране здоровья населения и повышению его приверженности к здоровому образу жизни; централизация доходных источников в системе ОМС и организация одноканального финансирования поставщиков медицинских услуг; внедрение рыночных инструментов управления. Важны также предложения, направленные на повышение качества медицинской помощи, — развитие непрерывного медицинского образования,

системы аккредитации медицинских учреждений, лицензирование медицинских работников, внедрение клинических рекомендаций в ежедневную практику врачей, развитие информационных технологий, а также предложения, связанные с внедрением инструментов стратегического планирования и ежегодной отчетности по достигнутым результатам.

Сомнения вызывают предложения по реструктуризации организации ПМСП путем организации индивидуальной и групповой практики семейных врачей. Согласиться можно только с тем, что функции участковых врачей-терапевтов необходимо актуализировать и создать условия, при которых они смогут выполнять полный объем своих обязанностей (доукомплектовать и, возможно, разукрупнить врачебные участки, укомплектовать участки средними медицинскими работниками в соотношении 3 на 1 врача, освободить врачей от излишнего документооборота и др.). К сожалению, ничего не сказано о необходимости существенного, не менее чем в 2 раза, увеличения государственного финансирования здравоохранения РФ и доведения его до 6% ВВП.

6.5. Проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.»

На сайте Минздравсоцразвития РФ¹ размещен проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.». В нем представлены важнейшие предложения по увеличению государственного финансирования здравоохранения, развитию системы охраны здоровья, конкретизации ПГГ и повышению квалификации медицинских кадров.

Однако недостаточно раскрыты механизмы реализации перечисленных задач. Некоторые предложения по системе организации медицинской помощи крайне неоднозначны — например, касающиеся организации 3 «саморегулируемых и конкурирующих» между собой

¹ <http://www.minzdravsoc.ru/videobank/57>

уровней медицинской помощи, развития ПМСП в направлении преимущественно профилактической помощи, а также создания «службы маршрутизации» больных.

Серьезные сомнения вызывают предложения по сокращению до 5–6 лет сроков базового образования с отменой обязательной последипломной подготовки врачей общего профиля и ВОП. Это противоречит существующей законодательной базе¹ и общемировым тенденциям по удлинению сроков обязательной послевузовской подготовки и ужесточению правил допуска к самостоятельной практической деятельности (табл. 15). Для укомплектования амбулаторно-поликлинических учреждений врачами необходимо сосредоточиться не на ускоренном выпуске врачей-недоучек, а на повышении заработных плат медицинским работникам и на создании нормальных условий труда в поликлиниках.

В Концепции также недостаточно освещены вопросы повышения эффективности государственного управления, механизмов государственно-частного партнерства, не представлен порядок контроля за реализацией Концепции и отчетности за полученные результаты.

¹ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г. (Раздел X, ст. 54) и Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» № 125-ФЗ от 22 августа 1996 г.

Таблица 15

Условия допуска к профессиональной врачебной деятельности в странах Евросоюза

Показатель	Общие тенденции
Длительность базового медицинского образования	Стандарты медицинского образования для стран ЕС рекомендуют продолжительность базового медицинского образования 6 лет (всего 5500 часов, включая преподавание практических и теоретических дисциплин). При этом в большинстве стран условием поступления в медицинский вуз является 12-летнее школьное образование. Исключение составляет Великобритания, в которой базовое образование длится 5 лет, но условием поступления являются свидетельства о 12-летнем школьном образовании и требование наличия самых высоких баллов по биологии, физике и химии. В Великобритании, так же как и в США, в ряде вузов (медицинских школах) предусмотрена возможность 4-летнего базового медицинского образования, но только после получения степени бакалавра в университете (3 года) и с определенными требованиями, например высокими оценками по химии и биологии
Обязательное послевузовское образование (условие допуска к профессиональной деятельности)	Лицензия (или другой документ, подтверждающий право на занятие практической деятельностью) предоставляется врачам при наличии диплома о высшем медицинском образовании, свидетельства об удовлетворительном состоянии здоровья и свидетельства о послевузовской годичной подготовке (интернатуре). Общая тенденция для стран Европы сегодня — это получение лицензии только после прохождения специализации в ординатуре (резидентуре), т.е. обучения под наблюдением более опытного специалиста в течение как минимум 2–6 лет в зависимости от выбранной специальности
Специализация (получение сертификата специалиста)	Для получения сертификата специалиста необходимо пройти ординатуру (резидентуру) длительностью от 2 до 5 лет. «Общая практика» во многих странах стала отдельной специальностью, и врач может получить право на занятие этим видом врачебной деятельности только после прохождения 2-годичной ординатуры. После окончания ординатуры необходимо сдать аттестационный экзамен в форме тестового контроля и зачета практических навыков. Общая тенденция сегодня — работодатели и страховщики стараются не заключать контракты с врачами, не прошедшими специализации. Образование предоставляется академическими институтами и профессиональными медицинскими ассоциациями. Число специальностей и субспециальностей варьирует
Непрерывное медицинское образование (НМО)	Начинается после окончания вуза и получения обязательного послевузовского образования и продолжается в течение всей профессиональной карьеры. Общая тенденция — ежегодное повышение образования и учет его в форме кредитов. Получение НМО учитывается при ресертификации и релицензировании врачей. Программы по НМО предоставляют академическими институтами и профессиональными обществами. В последние годы заметно уменьшается роль фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования в НМО

Окончание табл. 15

Показатель	Общие тенденции
Технологии НМО и содержание образовательных программ	Активно используются дистанционные технологии, проблемное обучение в малых группах, а также обучение в соответствии с методологией обучения взрослых. Последняя основана на постулате, что взрослые мотивированы сами получать образование и понимают его значимость. Наблюдается «горизонтальная интеграция» преподавания, т.е. объединение преподавания нескольких предметов в один модуль по определенной проблеме. «Вертикальная интеграция» подразумевает раннее преподавание практических навыков, в том числе в стационарных и амбулаторных условиях, на дому у пациентов и в отдаленных сельских районах. Включается обязательное преподавание вопросов экономической эффективности медицинской помощи, управления качеством медицинской помощи, медицинской этики, медицинской информатики, гериатрии, профилактики заболеваний, телемедицины
Организация, ответственная за лицензирование и регистрацию медицинских работников	В большинстве стран европейского региона ответственность за выдачу лицензии лежит на министерствах здравоохранения (иногда для этого формируются полуправительственные организации при них). Процедуру лицензирования обязаны пройти все медицинские работники. В большинстве стран дополнительным условием для допуска к профессиональной деятельности является регистрация в национальном (региональном) «реестре лицензированных врачей». Ведение регистра может быть делегировано Министерством здравоохранения профессиональным объединениям врачей. Организация, отвечающая за ведение регистра, имеет возможность вести мониторинг профессиональной активности врачей, в том числе учет НМО и числа ежегодно выполняемых практических манипуляций. В Великобритании, Австрии и Франции создана полностью независимая организация (врачебная палата или совет) для проведения процедуры лицензирования и регистрации. Деятельность таких палат регулируется законом. Организация, ответственная за выдачу лицензий, чаще всего уполномочена применять санкции (например, приостановление действия лицензии) в случае, если есть сомнения в осуществлении врачом надлежащей практики
Организация, ответственная за сертификацию специалистов	Сертификацией специалистов в странах европейского региона занимаются профессиональные медицинские ассоциации по специальностям (палаты врачей, медицинские советы) — они разрабатывают образовательные программы и требования к специалистам. В ряде случаев сертификацией специалистов занимаются государственные образовательные учреждения с частичным участием профессиональных ассоциаций
Организация, предоставляющая услуги по НМО	Различные организации и их сочетания: профессиональные медицинские общества по специальностям, образовательные учреждения, научные институты, фармацевтические компании, коммерческие организации. В ряде случаев требуется аккредитация этих организаций на предоставление образовательных услуг

ЧАСТЬ III

Основные положения «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.»

РАЗДЕЛ 7

Общие положения Стратегии

РАЗДЕЛ 8

Основные направления реализации Стратегии

РАЗДЕЛ 9

Порядок реализации Стратегии

РАЗДЕЛ 10

Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты

Чтобы дойти до цели, надо прежде всего идти.

Оноре де Бальзак

РАЗДЕЛ 7

Общие положения Стратегии

7.1. Принципы формирования и структура Стратегии

Главными принципами реализации Стратегии должны стать:

▶ **Солидарность** — богатый платит за бедного, здоровый за больного. Реализуется этот принцип через отчисления платежей населения и работодателей в государственную систему здравоохранения в зависимости от размера оплаты труда гражданина (в том числе через прогрессивную шкалу налогообложения) и без учета индивидуальных рисков развития заболеваний.

▶ **Равенство** — обеспечение равной доступности всех жителей к одинаковому набору услуг по программе госгарантий.

▶ **Всеобщее покрытие** — обеспечение медицинской помощью по ПГГ всего населения.

▶ **Справедливость** — равное распределение всех общественных ресурсов здравоохранения между жителями регионов РФ и между населением города и села.

▶ **Честность и высокая компетентность** руководителей на всех уровнях здравоохранения.

▶ **Открытость** и публичная отчетность системы здравоохранения.

▶ **Паритет** ответственности государства, работодателя и граждан в сохранении и укреплении здоровья.

В представленной Стратегии выделены следующие разделы: цели, основные задачи, механизмы и индикаторы для мониторинга реализации задач, порядок реализации (рис. 51).

7.2. Приоритеты Стратегии

По группам населения:

- ▶ Здоровье трудоспособного населения.
- ▶ Здоровье детей и женщин детородного возраста.
- ▶ Создание адекватных условий для длительного ухода за инвалидами и лицами старшей возрастной группы.

По эпидемиологическим критериям:

- ▶ Привитие здорового образа жизни населению РФ.
- ▶ Борьба с заболеваниями системы кровообращения, внешними причинами смерти (дорожно-транспортные происшествия, суициды и др.) и с онкологическими заболеваниями.
- ▶ Снижение распространенности социально обусловленных заболеваний (туберкулез, СПИД и др.).

По направлениям действий:

- ▶ Профилактика, раннее выявление и лечение заболеваний.
- ▶ Преимущественное развитие первичного звена здравоохранения, производственной и школьной медицины и лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях.
- ▶ Улучшение условий труда на производстве.

По способам управления:

- ▶ Снижение непроизводительных издержек, повышение экономической эффективности.
- ▶ Усиление вертикальной интеграции в административном и финансовом управлении.
- ▶ Расширение самостоятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.
- ▶ Использование рыночных инструментов управления.

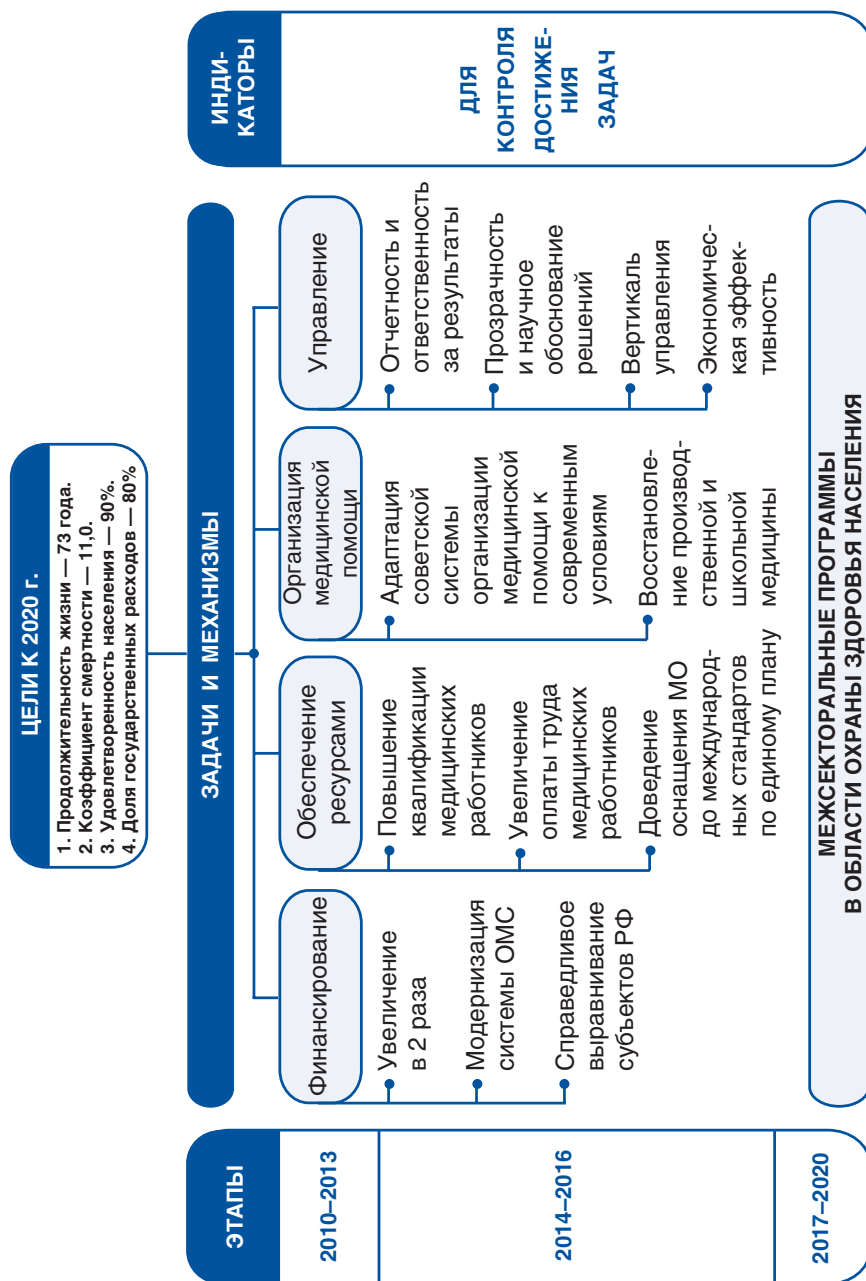


Рис. 51. Структура стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.

► Публичность и отчетность за результаты перед Президентом РФ, Правительством РФ и населением страны.

7.3. Цели Стратегии

Главными целями систем здравоохранения, по определению ВОЗ (2000), являются: улучшение здоровья населения; ориентированность системы здравоохранения на нужды населения и достижение равенства в бремени расходов на медицинские услуги бедных и богатых категорий населения.

Главные цели по улучшению здоровья населения РФ уже поставлены в правительственных документах: «Концепции демографического развития до 2025 г.» и «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.» (см. раздел 6.1).

В дополнение к этим показателям (увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 73 лет и снижение общего коэффициента смертности до 11,0) для интегральной оценки здоровья населения необходимо добавить показатель младенческой смертности. Целевое значение этого показателя (рассчитанное по существующей методике, т.е. с учетом новорожденных массой тела 1 кг и выше) к 2020 г. должно быть 5,0, т.е. в 2 раза меньше, чем в 2007 г.

Необходимо также учитывать ориентированность системы здравоохранения непосредственно на пациентов. Для этого наиболее часто используется такой показатель, как удовлетворенность населения системой здравоохранения или качеством и доступностью медицинской помощи. За целевой можно взять показатель, который достигается сегодня в странах с развитой рыночной экономикой, где 70–80% населения удовлетворены системой здравоохранения (Westert G.P., 2008).

Другой важной целью здравоохранения в соответствии с оценкой ВОЗ является равенство населения в бремени расходов различных групп населения на медицинские услуги. Для этого в развитых странах

используют следующие показатели: доля частных расходов населения (платные услуги и взносы в ДМС) в общих расходах на здравоохранение; доля населения, не имеющего проблем доступа к медицинской помощи из-за стоимости услуг; доля населения с низкими доходами, которая тратит более 5% от своих доходов на платные медицинские услуги и взносы в ДМС. Наиболее интегральным показателем является доля частных расходов населения. Сегодня в РФ она составляет 38%. В качестве целевого к 2020 г. можно принять значение показателя, который имеет место в большинстве стран ОЭСР, — 20%.

Таким образом, интегральные цели развития здравоохранения к концу 2020 г. можно сформулировать следующим образом:

- ▶ Увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет.
- ▶ Снижение общего коэффициента смертности до 11,0.
- ▶ Снижение коэффициента младенческой смертности до 5,0.
- ▶ Повышение удовлетворенности населения медицинской помощью до 80%.
- ▶ Увеличение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение до 80%.

*Нам потребуются самые серьезные системные изменения
и в организации медицинской помощи, и в техническом
первооружении медицинских организаций, и в качественном
изменении кадрового потенциала здравоохранения¹.*

В.В. Путин, Председатель Правительства РФ

РАЗДЕЛ 8

Основные направления реализации Стратегии

В данном разделе представлено 39 задач, которые разбиты по 5 направлениям: 1) совершенствование системы финансирования здравоохранения; 2) обеспечение системы здравоохранения необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами; 3) совершенствование системы организации медицинской помощи населению; 4) повышение эффективности управления здравоохранением и 5) реализация программ по охране здоровья населения. После сводного перечня задач представлено их подробное описание. Каждая задача сопровождается целевыми показателями, которых необходимо достичь к определенному сроку, и перечнем механизмов для ее решения.

Сводный перечень задач

Совершенствование системы финансирования здравоохранения (задачи 1–7)

Задача 1. Увеличить объемы финансирования государственной системы здравоохранения минимум в 2 раза.

Задача 2. Создать условия для справедливого распределения бремени расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения.

¹ Выступление на расширенном заседании Государственного совета о Стратегии развития РФ до 2020 года 8 февраля 2008 г.

Задача 3. Перейти на систему преимущественно одного плательщика и одного распорядителя средств по оплате медицинской помощи по ПГГ.

Задача 4. Создать условия для выравнивания финансового обеспечения ПГГ в субъектах РФ.

Задача 5. Повысить эффективность закупки медицинских услуг у поставщиков медицинских услуг.

Задача 6. Актуализировать ПГГ бесплатной медицинской помощи населению РФ.

Задача 7. Ликвидировать практику неофициальных платежей в медицинских учреждениях.

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами (задачи 8–13)

Задача 8. Повысить квалификацию медицинских кадров.

Задача 9. Повысить мотивацию медицинских кадров к качественному труду.

Задача 10. Обеспечить оптимальное соотношение медицинских кадров, их численность, структуру и распределение.

Задача 11. Разработать долгосрочную программу развития инфраструктуры и переоснащения медицинских учреждений до 2020 г. в соответствии со стандартами оснащения и потребностями регионов.

Задача 12. Повысить инновационность и качество научных разработок в медицине и здравоохранении.

Задача 13. Разработать совместный план сотрудничества системы здравоохранения с фармацевтической и медицинской промышленностью до 2020 г. в целях повышения доли отечественного производителя в государственных закупках.

Совершенствование системы организации медицинской помощи населению (задачи 14–22)

Задача 14. Восстановить и адаптировать к современным условиям систему организации медицинской помощи, существовавшую в Советском Союзе.

Задача 15. Обеспечить доступность и качество ЛС населению РФ.

Задача 16. Обеспечить доступность медицинской помощи сельскому населению.

Задача 17. Продолжить укрепление службы скорой медицинской помощи.

Задача 18. Реформировать стационарную медицинскую помощь.

Задача 19. Расширить и модернизировать медико-социальную службу (службу долговременного ухода за пациентами).

Задача 20. Улучшить систему организации медицинской помощи больным с социально обусловленными заболеваниями (СПИД, туберкулез и др.).

Задача 21. Создать систему управления качеством медицинской помощи.

Задача 22. Продолжить реализацию имеющихся целевых долгосрочных программ и разработать новые программы по приоритетным направлениям здравоохранения.

Повышение эффективности управления здравоохранением (задачи 23—30)

Задача 23. Обеспечить стратегический подход в реализации государственной политики.

Задача 24. Частично восстановить вертикаль управления здравоохранением.

Задача 25. Усилить государственное регулирование в части установления тарифов и контроля КМП.

Задача 26. Расширить автономию государственных и муниципальных ЛПУ и организовать конкуренцию между поставщиками медицинских услуг всех форм собственности.

Задача 27. Внедрить экономически эффективные (рыночные) методы управления в здравоохранении.

Задача 28. Повысить квалификацию управленческих кадров.

Задача 29. Снизить риски коррупции и повысить прозрачность и обоснованность принимаемых решений.

Задача 30. Актуализировать нормативно-правовую базу здравоохранения.

Реализация программ по охране здоровья населения (задачи 31—39)

Задача 31. Сформировать мотивацию к ведению здорового образа жизни у населения РФ.

Задача 32. Повысить ответственность населения и работодателей за сохранение и укрепление здоровья.

Задача 33. Создать условия для ведения здорового образа жизни граждан в РФ.

Задача 34. Реализовать программу по борьбе с табакокурением.

Задача 35. Реализовать программу по борьбе с избыточным потреблением алкоголя.

Задача 36. Реализовать программу по борьбе с наркоманией.

Задача 37. Усилить медицинскую профилактику заболеваний.

Задача 38. Совершенствовать систему санитарно-эпидемиологического надзора в РФ.

Задача 39. Обеспечить интеграцию и координацию управления программами по охране здоровья населения.

8.1. Совершенствование системы финансирования здравоохранения (задачи 1–7)

Задача 1

Увеличить объемы финансирования государственной системы здравоохранения минимум в 2 раза.

Индикатор

1. К 2014 г. объем государственного финансирования здравоохранения составляет 1200 \$ППС на душу населения в год (или 20 тыс. руб., что выше уровня 2007 г. в 2,3 раза в ценах 2007 г.), или не менее 6% ВВП 2014 г.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** зафиксировать минимальный объем государственного финансирования здравоохранения в привязке к доле ВВП и установить минимальный подушевой норматив финансового обеспечения программы государственных гарантий (ПГГ), а также прописать процедуру его индексации. Установить ответственность федерального бюджета по компенсации дефицитов расходов по ПГГ.

► Возможные источники дополнительных доходов в систему здравоохранения:

- установление прогрессивной системы начисления страховых взносов и подоходного налога, т.е. не ограничивать начисления страховых взносов уровнем заработной платы в 415 тыс. руб. в год (как запланировано с 2011 г.¹), а, напротив, установить увеличе-

¹ Федеральный закон РФ № 212-ФЗ от 24.07.2009 г.

ние ставки страховых взносов и ставки подоходного налога по мере роста размера заработной платы и доходов населения;

- расширение базы, с которой взимаются страховые взносы и налоги (например, не только заработная плата, но и премии, дивиденды и др.);
- увеличение акцизов на оборот алкогольной и табачной продукции в 2–3 раза;
- установление фиксированной доли отчислений из региональных бюджетов в систему ОМС на уровне не ниже 15% от консолидированного бюджета или 7% от ВРП субъекта РФ, а также минимального норматива отчислений на неработающее население;
- увеличение ставки страхового взноса на ОМС с 5,1 до 6,0% от ФОТ с распределением ее между работником и работодателем.

► Предусмотреть дополнительные поступления из федерального бюджета в случае, если установленный норматив по финансированию медицинской помощи по ПГГ не исполняется в субъектах РФ.

► Повысить эффективность расходования средств и уменьшить непроизводительные издержки в здравоохранении (см. задачи 3, 5, 25–27).

Задача 2

Создать условия для справедливого распределения бремени расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения.

Индикаторы

1. К 2014 г. доля государственных расходов в общем объеме финансирования здравоохранения — 80%.

2. К 2014 г. доля пациентов, которые отложили обращение к врачу из-за высокой стоимости лечения, — менее 5%.

3. К 2014 г. доля расходов на медицинскую помощь из бюджетов домохозяйств самых бедных групп населения (после вычетов расходов на питание) — менее 10%.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** включить требование, что объем государственных расходов на здравоохранение не должен быть менее 80%, т.е. частные расходы населения должны составлять не более 20% в общих расходах на здравоохранение.

► Взамен частных расходов населения на медицинскую помощь должен произойти рост расходов из государственных солидарных источников (см. задачу 1). Если этих средств окажется недостаточно, то в целях формирования ответственного потребления населением медицинской помощи и взамен слаборегулируемых платных медицинских услуг — ввести официально установленные и жестко нормируемые соплатежи (доплаты) населения в момент обращения за медицинской помощью по ПГГ. Например, это может быть фиксированная оплата за день пребывания в больнице, за прием у врача, за обеспечение ЛС в амбулаторных условиях. Малообеспеченные слои населения должны быть освобождены от этих соплатежей.

► Предложить для населения услуги по добровольному медицинскому страхованию — ДМС (страхование видов помощи, не вошедших в ПГГ, лучших условий оказания медицинской помощи и соплатежей). При этом целесообразно отменить налоговые льготы для страхователей, страхующих своих работников по ДМС (так как это является скрытой формой бюджетного субсидирования частного бизнеса).

Задача 3

Перейти на систему преимущественно одного плательщика и одного распорядителя средств по оплате медицинской помощи по ПГГ (под плательщиком понимается организация — финансовый фонд, из которого населению оплачивается медицинская помощь, а под распорядителем средств — организация, распоряжающаяся размерами и порядком этой оплаты, а также выбором поставщиков медицинских услуг).

Индикатор

1. К 2014 г. 80–85% средств на оплату медицинской помощи по ПГГ должно находиться в руках одного плательщика и распорядителя средств — системы ОМС.

Механизмы

Для организации системы одного плательщика (или одноканального финансирования медицинской помощи) необходимо сконцентрировать в системе ОМС все источники финансирования, направленные на оплату всех видов медицинской помощи по ПГГ, а также средства, направленные на обеспечение деятельности учреждений здравоохранения (за исключением капитальных расходов и расходов, связанных с приобретением дорогостоящего оборудования), в том числе в системе ОМС необходимо предусмотреть лекарственное обеспечение населения. Финансирование коллективных услуг здравоохранения (санитарно-эпидемиологический контроль и надзор, пропаганда здорового образа жизни, массовая профилактика, скрининг заболеваний, содержание молочных кухонь, бюро медико-социальной экспертизы, станции переливания крови и др.) целесообразно оставить за федеральными и региональными органами управления здравоохранением. Финансирование услуг по долговременному уходу возможно предусмотреть в системе ОМС, но с учетом применения специальных способов оплаты учреждений, предоставляющих эти услуги (например, содержание по смете).

Что касается установления единого распорядителя средств по ПГГ, то им может стать система ОМС (как это и происходит сегодня в странах, финансирующих здравоохранение по модели ОМС) или федеральный и региональные органы управления здравоохранением (как это и происходит сегодня в РФ). В первом случае роль системы ОМС расширяется, что согласуется с объемами переданных ей полномочий по финансированию всех видов медицинской помощи по ПГГ и общемировыми тенденциями. Во втором случае, система ОМС становится финансовым отделом органов управления здраво-

охранением. У автора нет однозначной позиции по вопросу о статусе системы ОМС в РФ — у каждого из вариантов решения есть свои плюсы и минусы (табл. 16). Этот вопрос требует дальнейшего обсуждения.

Главное — четко определить, кто будет нести ответственность за улучшение здоровья населения и его удовлетворенность качеством и объемом медицинских услуг. Также необходимо установить прозрачные законы, в соответствии с которыми будет осуществляться управление финансированием ПГГ (например, установить базовые тарифы на медицинские услуги и ЛС, единые способы платы за медицинскую помощь, критерии отбора поставщиков медицинских услуг и др.).

Во многом решение по выбору главного распорядителя средств по ПГГ будет определяться тем, кто будет возглавлять систему ОМС и Минздравсоцразвития России. Сильный лидер, руководствуемый интересами населения, сможет создать эффективную систему финансирования программы госгарантий как на уровне системы ОМС, так и органов управления здравоохранением.

При организации системы одного плательщика в лице системы ОМС принципиальным условием является наличие достаточных средств на финансирование всех заявленных видов медицинской помощи. Это достигается путем нормирования отчислений в систему ОМС и законодательного установления источников и порядка покрытия возможных дефицитов.

Задача 4

Создать условия для выравнивания финансового обеспечения ПГГ в субъектах РФ (рис. 52).

Индикатор

1. К 2014 г. различия в объемах финансирования ПГГ в субъектах РФ составят не более чем 10% (после выравнивания).

Таблица 16

Плюсы и минусы различных вариантов статуса системы ОМС в РФ

Направление развития	Плюсы для системы здравоохранения РФ	Дополнительные условия и риски для системы здравоохранения РФ
Система ОМС самостоятельно в соответствии с установленными ФЗ распределяет заказ между поставщиками медицинских услуг и управляет потоками пациентов	Наличие самостоятельной системы ОМС позволяет: • обеспечить независимость финансирующей организации от поставщиков медицинских услуг; • обеспечить снижение издержек, повышение КМП в МО (при наличии адекватных экономических стимулов для СМО и МО, например конкуренции); • использовать уже обученные кадры ТФОМС и СМО для управления финансированием МО и контролем над КМП в них; • предоставить независимый от органов управления здравоохранением и МО инструмент защиты прав застрахованных; • предоставить большие возможности для мотивации населения по повышению ответственности за свое здоровье (напрямую, через систему дифференцированных соплатежей); • в идеале предоставить населению больше возможности для выбора (СМО и поставщиков медицинских услуг)	Самостоятельная система ОМС потребует: • разработки детальных нормативно-правовых актов по регламентации деятельности всей системы финансирования и оказания медицинской помощи (единая тарифная политика, установление предельных тарифов и цен на ЛС, критерии отбора МО, типовые контракты с МО, порядок покрытия дополнительных расходов при превышении объемов медицинской помощи и др.); • перестройки исторически сложившейся роли федеральных и региональных органов управления здравоохранением: часть функций и власти перейдет к системе ОМС. Со стороны органов управления здравоохранением потребуется более жесткий контроль над КМП в МО и своевременное обеспечение ресурсной доступности медицинской помощи (кадры, сеть МО и их материально-техническое оснащение); • введения более жесткого контроля над ТФОМС и СМО, в том числе в части улучшения здоровья населения и повышения его удовлетворенности КМП; • освоения СМО новых функций и найма новых кадров для выполнения новых задач.

Окончание табл. 16

Направление развития	Плюсы для системы здравоохранения РФ	Дополнительные условия и риски для системы здравоохранения РФ
		Есть риски, что СМО в погоне за большими дивидендами будут пренебрегать интересами застрахованных и несправедливо распределять заказы между поставщиками (например, в пользу собственной сети учреждений). Это нивелируется открытой конкуренцией между страховщиками, жесткими методами контроля и надзора за СМО по прозрачным показателям (в том числе по показателям здоровья населения и его удовлетворенности качеством услуг)
Система ОМС — финансовое подразделение регионального органа управления здравоохранением, т.е. выполняет его указания по распределению государственного заказа между поставщиками медицинских услуг и управляет потоками пациентов	Такая система: • проще в управлении и контроле, менее затратна с точки зрения административных расходов; • обеспечивает единство распоряжения средствами в части инвестиционных и операционных расходов на медицинскую помощь. В этом случае не совсем понятными становятся преимущества системы ОМС. Если система ОМС не обладает самостоятельными функциями, то проще перейти на систему финансирования здравоохранения по бюджетной модели	Такая система потребует: • обязательной централизации управления и финансирования всей системы здравоохранения; • ликвидации СМО (как лишнего элемента); • создания подразделения в ФОМС для выполнения функций, которые ранее выполняла СМО; • отвлечения кадровых и материальных ресурсов на передел системы и отвлечения от других насущных проблем здравоохранения. Есть также риск более медленного внедрения экономически эффективных инструментов управления здравоохранением

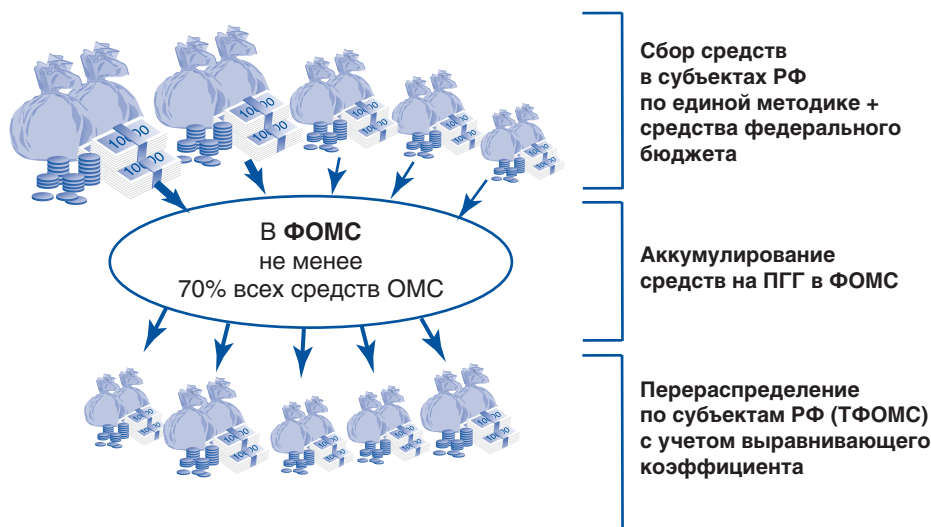


Рис. 52. Выравнивание финансового обеспечения ПГГ в субъектах РФ

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** зафиксировать, что Правительство РФ путем выравнивания финансовых условий по ПГГ и установления единых стандартов (материально-технического обеспечения и требований к качеству медицинской помощи) создает равные гарантии для жителей различных субъектов РФ.

- Выравнивание субъектов РФ можно достичь следующим образом:
- установить базовый усредненный подушевой норматив финансирования ПГГ для всех субъектов РФ на уровне, обеспечивающем адекватное финансирование, например 20 тыс. руб. в ценах 2007 г. (см. задачу 1);
 - разработать и установить методику распределения (выравнивания) средств ФОМС между ТФОМС на основе этого установленного усредненного подушевого норматива и с учетом следующих параметров: пол, возраст застрахованных, а также смертность и заболеваемость населения, географическое расположение и уровень потребительских цен в субъекте РФ. На основании указан-

ных параметров будут применяться повышающие и понижающие коэффициенты по отношению к установленному усредненному нормативу для каждого из субъектов РФ;

- аккумулировать достаточный объем средств в ФОМС для выравнивания ТФОМС. Для этого, скорее всего, потребуется сконцентрировать в ФОМС не менее 70% всех средств ОМС, т.е. большинство доходных источников по финансированию медицинской помощи. Среди них: федеральная доля страховых взносов (2% от ФОТ с 2011 г.), средства из федерального и регионального бюджетов, возможно, потребуется перераспределить страховой взнос от ТФОМС в пользу ФОМС, тем самым увеличить долю ФОМС в страховом взносе до 3% из предусмотренных 5,1%. Средства федерального бюджета должны стать балансирующими для покрытия возможных дефицитов финансирования субъектов РФ до установленного подушевого норматива.

► Предусмотреть единую структуру системы ОМС в субъектах РФ и вертикальную систему управления этой структурой.

Задача 5

Повысить эффективность закупки медицинских услуг у поставщиков медицинских услуг.

Индикаторы

1. К 2014 г. осуществить переход на единую тарифную политику во всех субъектах РФ.
2. К 2020 г. доля поставщиков медицинских услуг, в которые государственный заказ по ПГГ распределяется на конкурентной основе с учетом качества услуг, — более 70%.

Механизмы

► В законодательстве необходимо: предусмотреть требование по установлению единой тарифной политики по оплате медицинской помощи поставщикам медицинских услуг.

► Предусмотреть единую тарифную политику, а именно: **единые способы** платы за услуги поставщиков медицинских помощи и **единые тарифы** за эти услуги (с дифференциацией по субъектам РФ, в том числе с учетом потребительских цен). Для оплаты услуг поликлиник и ВОП применять подушевой способ оплаты, для оплаты стационарных услуг — фиксированные тарифы по диагностически связанным группам заболеваний (ДСГ).

Установить единые перечни ЛС и предельные цены на ЛС (для стационарных и амбулаторных условий).

► На основе лучшего международного опыта разработать типовые контракты с поставщиками медицинских услуг с учетом объема и качества выполненных ими работ.

► Если будет принят вариант финансирования здравоохранения с участием СМО, то необходимо предусмотреть расширение их прав и обязанностей, способствующих мотивации СМО к повышению эффективности работы.

Расширение **прав** СМО предусмотреть в выборе поставщиков медицинских услуг, в том числе разрешить СМО заключать селективные (выборочные) контракты с поставщиками медицинских услуг на основе критериев качества и цены (в установленных пределах). Разрешить СМО предоставлять населению, застрахованному по ОМС, дополнительные предложения по программам ДМС (при условии, что учет и распределение средств по программам ОМС и ДМС будут осуществляться раздельно).

Усиление **ответственности** СМО предусмотреть в контроле КМП по установленным критериям и показателям, в том числе в части повышения требований к экспертам; в информировании населения о КМП. Предусмотреть разделение финансовых рисков СМО совместно с поставщиками медицинских услуг при необоснованном превышении запланированных объемов медицинской помощи.

В целях повышения эффективности работы СМО создать необходимые условия: например, сформировать критерии оценки их работ

для организации открытой конкуренции между ними; предусмотреть увеличение отчислений на ведение дела (а не только фиксированный процент, как сегодня) при условии достижения СМО определенных показателей качества работы (например, низкий процент жалоб и высокий показатель удовлетворенности населения).

► Предусмотреть четкое разделение функций между СМО и ТФОМС, а также системой ОМС и региональными органами управления здравоохранением. Разработать регламент их взаимодействия:

— ТФОМС осуществляет контроль за собираемостью взносов в систему ОМС, планирует совместно со СМО и региональным органом управления здравоохранением объемы медицинской помощи; распределяет средства между СМО и контролирует их деятельность по установленным критериям;

— СМО выбирает поставщиков медицинских услуг и заключает договора с ними; управляет потоками пациентов, проверяет счета, выставленные на оплату; осуществляет контроль качества медицинской помощи, рассматривает жалобы пациентов и защищает их права, в том числе информирует о КМП;

— региональный орган управления здравоохранением концентрируется на общей координации и организации медицинской помощи населению и развитии инфраструктуры МО с учетом долгосрочных потребностей населения в медицинской помощи на региональном уровне, включая муниципальные районы и городские округа; разрабатывает и реализует региональные Стратегии развития здравоохранения, в том числе целевые долгосрочные программы; управляет КМП, а также организует программы по охране здоровья населения.

Задача 6

Актуализировать ПГГ (или гарантированный пакет услуг) бесплатной медицинской помощи населению РФ.

Индикаторы

1. В 2010 г. принять закон о ПГГ.
2. К 2014 г. доля пациентов, которые в рамках ПГГ могут увидеть участкового врача или ВОП в тот же или на следующий день после возникновения заболевания, — 90 %.
3. К 2020 г. время ожидания плановой высокотехнологичной операции по ПГГ — не более 2 мес.
4. К 2014 г. доля пациентов, к которым скорая помощь по срочному вызову доезжает в течение 15 мин после вызова — 90%.
5. К 2014 г. доля населения, удовлетворенного медицинской помощью по ПГГ, — 60%, к 2020 г. — 80%.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** разработать законопроект о ПГГ, ввести в него понятия перечня услуг, перечня ЛС, показателей качества реализации ПГГ, порядка выравнивания финансового обеспечения ПГГ в субъектах РФ. Установить значение ежегодно утверждаемого финансового подушевого норматива ПГГ в соответствии с потребностями населения (см. задачу 1) и предусмотреть порядок его роста и индексации. Включить требование об установлении единого для страны перечня медицинских услуг и перечня ЛС, гарантированных по ПГГ, на основании чего можно будет разграничить гарантированные и негарантированные услуги. Включить требование о предоставлении обязательной ежегодной отчетности всех уровней управления здравоохранением об эффективности деятельности здравоохранения с учетом анализа удовлетворенности пациентов (см. приложение 5).

► На основе метода «комплексной оценки медицинских технологий»¹ проводить эффективное рационирование ПГГ: сформиро-

¹ Метод комплексной оценки медицинских технологий подразумевает проведение анализа безопасности, клинической и экономической эффективности медицинского вмешательства, а также его важности для реализации приоритетов политики в области охраны здоровья населения.

вать перечни ЛС и медицинских услуг, гарантированных населению в стационарных и амбулаторных условиях. Для этого создать национальный центр (комиссию) оценки медицинских технологий, управляемый межведомственным наблюдательным советом. Совет должен осуществлять свою работу независимо от финансирующих здравоохранение организаций, производителей ЛС и медицинской техники, а также поставщиков медицинских услуг.

- ▶ Сформировать перечень показаний и порядок назначений дорогостоящих медицинских технологий в целях их рационального использования.

- ▶ Внедрить в практику клинические рекомендации профессиональных медицинских обществ с целью рационального использования врачами медицинских услуг и ЛС из утвержденных перечней.

- ▶ Установить предельное время ожидания приема у врача первичного звена и у врача-специалиста, а также предельных сроков ожидания плановых операций (по основным направлениям).

- ▶ Удалить из ПГГ малопонятные населению нормативы объемов медицинской помощи в расчете на 1 жителя. Для целей планирования мощностей и сети МО в регионах пересмотреть данные нормативы с учетом долгосрочных потребностей населения в медицинской помощи.

- ▶ Предусмотреть расширение ПГГ по обеспечению населения ЛС в амбулаторных условиях путем разработки подпрограммы лекарственного страхования в рамках ОМС (см. задачу 15).

- ▶ Расширить государственные гарантии в части обеспечения медико-социальной помощью или услугами по долговременному уходу (см. задачу 19).

- ▶ Открыто информировать население об ограниченных возможностях ПГГ и необходимости справедливого распределения ресурсов здравоохранения. Проводить разъяснительную работу с основными лоббистами (организациями пациентов и фармацевтическими компаниями).

Задача 7

Ликвидировать практику неофициальных платежей в медицинских учреждениях.

Индикатор

К 2014 г. доля государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, на которые имеются жалобы населения о взимании неофициальных платежей, — менее 1% (см. также индикаторы к задаче 9).

Механизмы

► Поэтапно увеличить оплату труда медицинских работников в 2 раза (будет увеличиваться по мере роста тарифов на оплату медицинской помощи).

► Установить жесткий контроль над взиманием неофициальных платежей со стороны администрации учреждений и контрольных органов.

► Проводить разъяснительную работу среди пациентов.

► Проводить разъяснительную работу среди врачей, в том числе восстановить работу этических комиссий на уровне МО, органов управления здравоохранением (с привлечением профессиональных медицинских обществ).

8.2. Обеспечение системы здравоохранения необходимыми кадровыми и материально-техническими ресурсами (задачи 8—13)

Задача 8

Повысить квалификацию медицинских кадров. Более подробно данная задача представлена в проекте «Концепции развития непрерывного медицинского образования в РФ» (см. приложение 4).

Индикаторы

1. К 2012 г. доля медицинских работников, которые прошли повышение квалификации не реже 1 раза в 5 лет, — 100%.

2. К 2015 г. доля медицинских работников, которые охвачены системой НМО, в том числе с применением дистанционных форм обучения, — 60%, к 2020 г. — более 90%.

3. К 2015 г. доля пациентов, удовлетворенных взаимодействием с медицинскими работниками (вежливость, уважение и др.), — более 80%.

4. К 2015 г. доля медицинских работников, получающих оплату труда с учетом качества оказанной медицинской помощи и интенсивности труда, — более 90%.

5. К 2015 г. продление обязательной послевузовской подготовки врачей по базовым специальностям до 3 лет и как минимум до 4–5 лет по узким специальностям.

6. К 2015 г. организация повышения квалификации и переподготовки врачей должна проходить не только в образовательных учреждениях, но и с активным участием профессиональных обществ.

Механизмы

► В законодательстве необходимо ввести: 1) понятие непрерывного медицинского образования; 2) требование непрерывности (ежегодного) образования медицинских работников как условия продления сертификата специалиста; 3) требование обязательного ведения органами управления здравоохранением реестра специалистов, в котором будет указана их ежегодная образовательная и практическая активность (например, число проведенных операций и манипуляций в год); 4) требование о необходимости использования при принятии клинических решений клинических рекомендаций профессиональных медицинских обществ.

► Повысить качество послевузовского медицинского образования путем развития системы **непрерывного медицинского образования (НМО)**. Предлагаемые меры по развитию системы НМО сводятся к следующему:

— увеличить образовательную активность медицинских работников в дополнение к стандартным курсам повышения квалификации (проводимым 1 раз в 5 лет средней длительностью 144 ч в учрежде-

ниях последипломного образования) на дополнительные 144 ч, распределенные равномерно по годам в течение 5 лет, т.е. всего 288 ч;

— в дополнительных 144 ч учитывать следующие мероприятия: посещение аккредитованных семинаров, лекций, конференций; поездки на стажировки; участие в подготовке разборов сложных пациентов; написание научных работ и др.;

— учитывать часы образовательной активности, как это принято в развитых странах, в форме кредитов (1 ч = 1 кредит), при этом каждому образовательному мероприятию присвоить определенное число кредитов;

— актуализировать программы повышения квалификации специалистов в соответствии с потребностями практического здравоохранения, а также увеличить в этих программах долю часов, преподаваемых с помощью дистанционных технологий;

— создать организационные механизмы для развития НМО — учитывать накопление установленного числа кредитов при оплате труда, аттестации, карьерном росте, а также создать на уровне региона комиссию, которая занималась бы организацией внедрения системы НМО и учетом полученных каждым медицинским работником кредитов;

— создать на уровне субъекта РФ условия для реализации НМО: постоянно обновлять республиканские, областные, краевые медицинские библиотеки; организовать и постоянно обновлять медицинские библиотеки в каждой медицинской организации; обеспечить в ординаторских доступ врачей к клиническим рекомендациям научно-практических обществ, стандартам медицинской помощи, формулярам ЛС. Компьютеризировать рабочие места врачей, обеспечить их доступ к электронным системам поддержки принятия клинических решений, электронным медицинским библиотекам (региональной, национальной).

► Повысить качество базового медицинского образования путем повышения квалификации и заработной платы профессорско-пре-

подавательского состава вузов в 2–3 раза и их мотивации к качественному труду. Внедрить новые технологии преподавания, улучшить материально-техническую базу медицинских вузов до установленного стандарта (современные библиотеки, тренажеры и симуляторы для отработки практических навыков, электронные образовательные системы). Модернизировать систему аттестации и аккредитации вузов, привязать объемы финансирования вузов к их рейтингам.

▶ Усилить приверженность медицинских работников этическим нормам путем увеличения объема преподавания медицинской этики и учета соблюдения этических требований при оплате труда.

▶ Повысить качество подготовки средних медицинских работников путем повышения качества преподавания в медицинских училищах. Предусмотреть перевод большинства медицинских училищ в федеральную собственность (с целью обеспечения качества преподавания и финансирования на уровне национальных стандартов). Актуализировать образовательные программы среднего медицинского образования, улучшить материально-техническую базу медицинских училищ.

▶ Предусмотреть в структуре тарифа на медицинские услуги и в бюджетах всех уровней статью на повышение квалификации медицинских кадров.

Задача 9

Повысить мотивацию медицинских кадров к качественному труду.

Индикаторы

1. К 2011 г. средняя номинальная начисленная заработная плата медицинских работников равна средней заработной плате по стране и к 2014 г. — в 2 раза выше уровня 2007 г. (в сопоставимых ценах).

2. К 2014 г. коэффициент отношения заработной платы медицинских работников к подушевому ВРП в субъектах РФ — не менее 1,5.

3. К 2015 г. доля медицинских работников, удовлетворенных условиями труда, в том числе доступностью современной и доказательной медицинской информации по лечению пациентов на рабочих местах, — 80%.

4. С 2011 по 2014 г. рост производительности труда медицинских работников — 15%.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо** ввести понятие минимальной оплаты труда в здравоохранении и требование мониторинга уровня оплаты труда медицинских работников.

► Повысить оплату труда медицинских работников труда не менее чем в 2 раза.

► Привязать около 20–30% от фонда оплаты труда (ФОТ) к качеству и результатам труда и уровню квалификации медицинских работников. Для реализации дифференцированной системы оплаты труда должны быть разработаны нормативно-методические документы, актуализированы нормативы загрузки врачей различных специальностей и штатной численности МО; разработаны единые показатели для оценки качества работы медицинских работников в разрезе специальностей.

► Расширить права руководителей медицинских организаций по реализации кадровой политики организации (при условии наличия единой методологической базы).

► Уменьшить техническую нагрузку на высококвалифицированный персонал путем подготовки медицинских кадров по новым специальностям (помощник врача, младшая медицинская сестра), автоматизации документооборота и уменьшения числа отчетных форм.

► Повысить правовую защищенность медицинских работников путем организации страхования профессиональной ответственности.

► Предусмотреть меры по позитивному освещению роли медицинской профессии в СМИ.

Задача 10

Обеспечить оптимальное соотношение медицинских кадров, их численность, структуру и распределение.

Индикаторы

1. К 2014 г. доля длительно неуккомплектованных вакансий в учреждениях здравоохранения — менее 3%.

2. К 2014 г. соотношение врач/медицинская сестра — 1/3.

3. К 2014 г. соотношение участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров и ВОП к врачам-специалистам (включая работающих в стационарах) — 1/4; к 2020 г. — 1/2.

4. К 2014 г. укомплектованность должностей врачей и средних медицинских работников в сельской местности — 90%.

Механизмы (см. также задачи 8 и 9)

► В законодательстве необходимо предусмотреть меры по контрактной подготовке выпускников медицинских вузов и училищ, получивших образование за счет бюджетных средств, например предусмотреть большие меры ответственности за неисполнение трехсторонних соглашений¹.

► Создать систему мониторинга потребностей здравоохранения в медицинских кадрах в разрезе субъектов РФ. Ежегодно проводить балансировку между сложившейся кадровой структурой и потребностями практического здравоохранения (краткосрочными и долгосрочными). Этого можно достичь путем выделения дополнительных бюджетных средств на обучение студентов в медицинских вузах, интернатуре, ординатуре и клинической аспирантуре по определенным специальностям, а также жестким контролем исполнения трехсторонних соглашений.

¹ Трехсторонние соглашения заключаются между региональным или муниципальным органом власти (который оплачивает обучение), самим обучающимся и медицинским вузом.

► Пересмотреть номенклатуру специальностей в здравоохранении (уменьшить число специальностей, по которым идет подготовка в системе базового медицинского образования) и актуализировать требования к переподготовке кадров из одной специальности в другую, а также разработать набор требований к замене должностей в МО.

► Увеличить обеспеченность сельских районов медицинскими работниками путем увеличения объемов целевой подготовки выпускников медицинских вузов на базе трехсторонних соглашений (причем для ряда субъектов и муниципалитетов средства на обучение предусмотреть в федеральном бюджете), а также путем увеличения размера надбавок к заработной плате за работу в сельской местности до 50% и предоставления социального жилья медицинским работникам.

► Предусмотреть увеличение подготовки врачебных кадров по следующим специальностям: врачи-терапевты, в том числе участковые, врачи-педиатры, в том числе участковые, ВОП (семейные врачи), фтизиатры, анестезиологи и реаниматологи, патологоанатомы, онкологи, радиологи, рентгенологи, травматологи, врачи клинической лабораторной диагностики. Разработать комплекс мер (льготные кредиты на приобретение жилья, надбавки к заработной плате и др.) для укомплектования должностей данными специалистами.

► Предусмотреть подготовку медицинских кадров по специальностям, которые будут востребованы в практическом здравоохранении в ближайшем будущем: реабилитологи, патронажные медицинские сестры, специалисты по качеству медицинской помощи, специалисты по медицинскому страхованию, организаторы здравоохранения всех уровней. Для этого необходимо актуализировать образовательные программы и запланировать места в ординатуре, интернатуре, а также предусмотреть бюджетные средства для проведения переподготовки и тематических усовершенствований.

Задача 11

Разработать долгосрочную программу развития инфраструктуры и переоснащения медицинских учреждений до 2020 г. в соответствии со стандартами оснащения и потребностями регионов.

Индикаторы

1. К 2020 г. доля медицинских учреждений (участвующих в реализации ПГГ), оснащенных в соответствии с установленными стандартами, — 80%.

2. К 2020 г. обеспеченность на 1 млн населения магнитно-резонансными томографами — 10; компьютерными томографами — 20; маммографами — 20.

3. К 2014 г. доля пациентов, которым проводится тромболизис при инфаркте миокарда, — 80%.

4. К 2020 г. доля врачей, использующих электронные истории болезни в амбулаторных и стационарных условиях, — 60%.

Механизмы

► В законодательстве необходимо ввести разделы о необходимости наличия единого долгосрочного плана развития инфраструктуры учреждений здравоохранения, координируемого на федеральном уровне, и об информатизации в здравоохранении.

► Разработать стандарты оснащения (табели оснащения) медицинских учреждений по уровням; эти стандарты должны быть согласованы со стандартами оказания медицинской помощи, т.е. обеспечивать их выполнение.

► Получить детальную картину материально-технического оснащения здравоохранения субъектов РФ. Эта картина должна содержать как данные стандартной статистической отчетности (перечень МО, их специализация, мощность, число коек, техническое состояние и благоустройство зданий), так и данные по оснащенности МО высокотехнологичным оборудованием; по наличию и квалифика-

ции медицинского персонала, работающего на этом оборудовании; данные о планируемой и фактической загрузке оборудования (т.е. об эффективности использования), в том числе по эффективности использования оборудования, поставленного за счет федеральных средств по ПНП «Здоровье» и др.

► С учетом вышеуказанных данных, установленных стандартов оснащения МО и долгосрочных потребностей в оказании медицинской помощи в субъектах РФ необходимо разработать долгосрочную программу развития инфраструктуры учреждений здравоохранения. Эта программа должна предусмотреть поэтапное доведение оснащения государственных и муниципальных МО (и других МО, участвующих в реализации ПГГ на основе долгосрочных договоров) до уровня, предусмотренного стандартом. Данная программа также должна включать долгосрочную целевую программу информатизации здравоохранения, в которой необходимо предусмотреть единые стандарты хранения и передачи информации, классификаторы, требования к программному обеспечению и типовому оснащению медицинской организации; а также разработку и внедрение Национальной электронной медицинской библиотеки.

Задача 12

Повысить инновационность и качество научных разработок в медицине и здравоохранении.

Индикаторы

1. К 2020 г. финансирование медицинской и фармацевтической науки — не менее 0,3% ВВП.
2. К 2015 г. оплата труда научных работников и профессорско-преподавательского состава вузов — в 2 раза выше по сравнению с уровнем 2007 г. в сопоставимых ценах, к 2010 г. — в 3 раза.
3. К 2020 г. увеличение доли медицинской научной продукции в общем объеме внутренних договоров о торговле лицензиями и уступке прав на патенты — до 20% (с 12% в 2007 г.).

Механизмы

В законодательстве необходимо ввести положение о минимальном уровне финансирования медицинской науки, например, не ниже 0,3% ВВП, и о необходимости установления порядков выбора приоритетных направлений медицинской науки и оценки качества научных исследований.

В части управления медицинской наукой:

▶ Разработать Положение и стратегическую программу совместной деятельности РАМН и Минздравсоцразвития России на период до 2020 г. и заключить договоры между министерством и РАМН или восстановить статус РАМН как части Минздравсоцразвития России.

▶ Финансировать РАМН из бюджета министерства согласно приоритетным направлениям и определенным в договоре условиям (в части фундаментальной науки — бюджетное финансирование, в части прикладных исследований — размещение госзаказа на конкурсной основе). Для этого возможно создать орган финансирования научных исследований, управляемый независимым советом директоров.

▶ Создать систему управления внедрением результатов НИОКР в цепочке: главный специалист Минздравсоцразвития России — головной институт — система экспертных советов в субъектах РФ — краевые и областные больницы — центральный районные больницы.

▶ Создать систему независимого аудита эффективности НИОКР с участием профессиональных научно-практических обществ и международных экспертов.

▶ Интегрировать науку и образование путем совершенствования нормативной базы и координации НИОКР по медицинским проблемам в едином центре — РАМН.

▶ Стимулировать развитие патентования научных разработок и их включение в экономический оборот.

В части подготовки научных кадров:

▶ Довести заработную плату научных работников до уровня высшего менеджмента в страховании и на предприятиях фармацевтической

промышленности, т.е. увеличить в 2–3 раза (включая дополнительные меры по социальной поддержке). Это позволит увеличить долю молодых научных сотрудников до 50%.

► Создать условия для подготовки специальных кадров для проведения научных исследований: увеличение бюджетного финансирования вузов, занимающихся подготовкой таких кадров; актуализация образовательных программ в соответствии с международными требованиями; а также повышение квалификации преподавательского состава вузов, участвующих в их подготовке.

► Ужесточить качественные требования ВАК к диссертационным работам, научным журналам и публикациям. Разработать критерии выбора лидеров научных направлений НИОКР и создать Положение об их работе.

В части развития инфраструктуры научных учреждений:

► Провести инвентаризацию имущества и оборудования и привести его в соответствие с необходимостью выполнения приоритетных НИОКР, в том числе с учетом требований международных стандартов, предъявляемых к качеству выполнения выбранных НИОКР.

► Производить закупку современных технологий производства ЛС и медицинской техники за рубежом и развивать на их основе отечественные НИОКР, в том числе с участием венчурного капитала (т.е. с участием частных инвестиций).

► Развивать инновационную деятельность — выполнение работ и (или) выполнение услуг, направленных: на создание и организацию производства принципиально новой или с новыми потребительскими свойствами продукции (товаров, работ, услуг); создание новых или модернизация существующих технологий (способов) производства, распространения и использования продукции; применение новых структурных, кадровых, информационных и иных нововведений при выпуске и распространении продукции, обеспечиваю-

щих экономию затрат или создающих условия для такой экономии. Способствовать созданию инновационной инфраструктуры¹.

Для этого необходимо повысить эффективность патентно-лицензионной деятельности, в том числе юридическую защиту интеллектуальных прав собственника научной продукции; предусмотреть систему налоговых льгот для развития инновационных разработок; создать доклинические научные центры, венчурные (посевные) фонды в области живых систем; технопарки, специальные медицинские кластеры и особые зоны для инновационного развития здравоохранения, в том числе на основе механизмов государственно-частного партнерства.

Задача 13

Разработать совместный план сотрудничества системы здравоохранения с фармацевтической и медицинской промышленностью до 2020 г. в целях повышения доли отечественного производителя в государственных закупках.

Индикаторы²

1. К 2020 г. доля потребления ЛС отечественного производства на внутреннем рынке в стоимостном выражении — до 50%.
2. К 2020 г. доля ЛС, произведенных из отечественных фармацевтических субстанций, в стоимостном выражении — до 50%, в номенклатуре из Списка стратегически важных ЛС — 85%.

¹ Инновационная инфраструктура — комплекс организационно-экономических институтов, обеспечивающих реализацию инновационной деятельности. Посевной фонд — это финансовый фонд, инвестирующий в компанию на стадии разработки концепции НИОКР. Кластер — это группа связанных между собой фирм, расположенных в непосредственной близости и пользующихся одними и теми же трудовыми и учебными активами. Технопарк — это организация, способствующая созданию и росту инновационных компаний путем распространения знаний и технологий между университетами, НИИ, компаниями и рынками.

² В соответствии с проектом «Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации до 2020 г.» (www.miprom.gov.ru/activity/med/news/45).

3. К 2020 г. доля инновационных (оригинальных) препаратов, реализуемых на внутреннем рынке РФ, в стоимостном выражении — до 60%.

Механизмы

▶ Взаимосогласовать Стратегии развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности с долгосрочным планом развития здравоохранения с учетом средне- и долгосрочных потребностей системы здравоохранения в ЛС, медицинской технике (МТ) и изделиях медицинского назначения (ИМН).

▶ Организовать покупку лицензий на производство МТ и ИМН на территории РФ, стимулировать иностранные компании к созданию производств МТ и ИМН на территории РФ, стимулировать создание государственных и частных компаний в целях восстановления отечественной медицинской и фармацевтической промышленности.

▶ Финансировать за счет бюджетных средств НИОКР в области развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности, в том числе НИОКР, направленных на увеличение надежности и безопасности отечественных продуктов медицинского производства и на создание новых ЛС.

▶ Разработать и внедрить систему контроля эффективности проведения государственных закупок ЛС, МТ и ИМН и методические рекомендации по их проведению в соответствии с международными нормами. Включить требование оценки качества МТ и ИМН в обязательное и преимущественное условие их закупки.

▶ Установить для целей государственных закупок референтные (предельные) цены на ЛС, МТ и ИМН.

▶ Совершенствовать систему допуска медицинских товаров на российский рынок и таможенно-тарифную политику в области ввоза на территорию РФ медицинских товаров, а также систему контроля качества продукции, производимой в РФ.

▶ Предусмотреть экономически обоснованные меры по поддержке отечественных производителей ЛС, МТ и ИМН, например предоставить кредиты на льготных условиях отечественным производителям;

создать систему налоговых преференций для создания современных технологий производства фармацевтических субстанций; создать условия для иностранных и отечественных инвестиций в отечественный фармацевтический бизнес; снизить таможенные тарифы на оборудование, не производимое на территории РФ и необходимое для производства фармацевтической продукции.

8.3. Совершенствование системы организации медицинской помощи населению (задачи 14–22)

Задача 14

Восстановить и адаптировать к современным условиям систему организации медицинской помощи, существовавшую в Советском Союзе.

Индикаторы

1. К 2014 г. доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи, — не менее 60% и не менее 80% к 2020 г.
2. К 2014 г. доля пациентов в трудоспособном возрасте, получающих доступ к участковому врачу-терапевту, участковому врачу-педиатру или ВОП в день возникновения острого заболевания или обострения симптомов хронического, — 90%.
3. К 2014 г. доля населения, медицинская помощь которому координируется участковыми врачами-терапевтами или участковыми врачами-педиатрами или ВОП и которое имеет постоянного врача, — 90%.
4. К 2014 г. доля пациентов, которым врач дал рекомендации по ЗОЖ, — 90%.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** ввести понятие школьной и производственной медицины, стандартов медицинской помощи, медико-экономических стандартов, порядков медицинской помощи (в том числе этапов и уровней медицинской помощи), максимальных сроков ожидания высокотехнологичных вмешательств. Ввести кри-

терии качества оказания медицинской помощи — преемственность, ориентированность на пациента, доступность, безопасность.

Продолжить развитие ПМСП:

► Освободить участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров и ВОП от выполнения несвойственных им функций и излишнего документооборота путем введения должностей помощников врачей (или младших медицинских сестер) и информатизации рабочих мест. Предусмотреть полное укомплектование штатов учреждений ПМСП путем увеличения численности подготавливаемых кадров (в том числе путем переподготовки), увеличения их заработной платы и улучшения условий труда. Расширить функции врачей-терапевтов участковых так, чтобы они могли частично оказывать ряд медицинских услуг, традиционно оказываемых «узкими» специалистами (при одновременном пересмотре функции врачебной должности и нормативов загрузки), т.е. поэтапно осуществить переход к ВОП при условии сохранения педиатрической службы.

► Продолжить расширение функций поликлиник, в том числе путем предоставления населению неотложной медицинской помощи, реабилитационных, восстановительных услуг, патронажных сестринских услуг, проведения «школ здоровья». Предусмотреть увеличение часов работы поликлиник и предоставить возможность врачам ЛПУ осуществлять дистанционный мониторинг состояния пациентов с помощью телемедицинских технологий.

► Обеспечить обращение пациентов на более высокоспециализированные уровни оказания медицинской помощи только по направлениям врачей и в рамках договоров, заключенных их страховой компанией с поставщиками медицинских услуг. Соблюдение этого условия позволит управлять потоками пациентов и экономно расходовать ресурсы государственной системы здравоохранения. Но следует четко понимать, что система направлений будет эффективной только в том случае, если доступность врачей первичного контакта,

выдающих направления, будет обеспечена в достаточном объеме. В противном случае пациенты будут вынуждены обращаться к врачам-специалистам в обход этих врачей, или обращаться за неотложной помощью, или откладывать лечение.

▶ Увеличить долю расходов на амбулаторные услуги до 45–50% в общих расходах на медицинскую помощь путем увеличения плановых нормативов объемов оказания ПМСП и стоимости тарифов, а также внедрения таких инструментов экономического стимулирования, как фондодержание.

▶ Не допустить разрушения в сельской местности фельдшерско-акушерской службы и предусмотреть развитие службы ВОП путем увеличения надбавок к заработной плате в сельской местности, предоставления бесплатного жилья и льгот на коммунальные услуги медицинским работникам (см. задачи 10 и 16).

▶ Создать условия для хранения и передачи медицинской информации о пациентах в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту прикрепления, в том числе путем внедрения информационных технологий.

▶ Предусмотреть создание амбулаторных межрайонных лечебно-диагностических отделений при крупных стационарах или самостоятельных ЛПУ с возможностью предоставления современных диагностических и хирургических услуг. Организовать потоки пациентов в эти центры таким образом, чтобы имеющееся диагностическое и лабораторное оборудование использовалось на максимуме эффективности.

В части восстановления профилактической направленности системы здравоохранения (см. задачи 31–37).

В части восстановления производственной медицины: ввести требование обязательности организации на каждом крупном производстве профилактических кабинетов с медицинской сестрой и врачебных амбулаторий. Обеспечить их финансирование совместно: за счет средств ОМС и работодателей. Подготовить соответствующие

кадры и установить регламент их работы. Повысить качество диагностики и лечения профессиональных заболеваний путем повышения квалификации врачей (как общего профиля, так и специалистов) по методам выявления и правильного лечения профессиональной патологии. Воссоздать центры профпатологии на базе областных больниц.

В части восстановления школьной медицины: предусмотреть в бюджете каждой школы средства на аутсорсинг, т.е. на оплату услуг школьного врача или медицинской сестры из общей поликлинической сети. Акцент в их работе сделать на профилактику заболеваний, в том числе на медико-санитарное просвещение и пропаганду здорового образа жизни, своевременную иммунопрофилактику, раннее выявление заболеваний.

Задача 15

Обеспечить доступность и качество ЛС населению РФ.

Индикаторы

1. К 2024 г. расходы из государственных (общественных) источников на обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях составляют 0,9% ВВП или не менее 2000 руб. на душу населения в ценах 2007 г.
2. К 2014 г. доля населения, которому ЛС субсидируются из государственных (общественных) источников (как полностью, так и частично), — 80%; к 2020 г. — 100%.

Механизмы

► **На законодательном уровне необходимо:** предусмотреть систему обеспечения всего населения (а не только льготных его категорий) ЛС в амбулаторных условиях за счет совместного финансирования из средств системы ОМС и соплатежей (доплат) населения. Ввести требования ежегодного установления референтных (предельных) цен для целей государственных закупок ЛС и обязательности регулирования цен на ЛС, циркулирующих на рынке. Разработать в со-

ответствии с международными нормами и принять закон «Об обращении лекарственных средств».

► Разработать Национальную лекарственную политику (НЛП) РФ и внедрить ее в практику (составляющие НЛП представлены на рис. 48, стр. 251).

► Разработать Программу лекарственного обеспечения населения РФ. В том числе:

— организовать систему лекарственного обеспечения населения при амбулаторном лечении в рамках системы ОМС. Это означает, что управление финансированием этих услуг и организация процесса доведения ЛС до конкретных потребителей ляжет на систему ОМС. При этом необходимо отменить существующую систему привязки обеспечения ЛС к определенным категориям населения, нуждающимся в социальных льготах, — эти категории населения должны получать необходимые ЛС полностью бесплатно в рамках общей программы лекарственного обеспечения населения РФ (возможность их отказа от предоставления этой льготы в пользу денежных выплат также необходимо отменить);

— определить категории населения, которым ЛС будут компенсированы полностью, а каким частично. В первую очередь необходимо обеспечить пациентов трудоспособного возраста, страдающих заболеваниями системы кровообращения, во вторую — детей до 14 лет; далее — остальные категории населения;

— установить размеры соплатежей населения;

— упростить и сделать прозрачной процедуру обеспечения ЛС населения в амбулаторных условиях на основе международного опыта (реализация через розничную аптечную сеть с последующей компенсацией аптекам расходов на ЛС, субсидируемых государством);

— разработать поэтапный план внедрения Программы, определить ответственности сторон, разработать необходимые нормативные и методические документы, провести серии совещаний с субъектами РФ по этой тематике;

— подготовить проект системы информатизации указанной Программы с учетом сложившихся условий информатизации программы ДЛО в регионах;

— определить объемы потребления ЛС выбранными категориями населения на основе аналогичных показателей в странах ЕС и в РФ;

— организовать систему персонального учета потребления застрахованными ЛС для ежегодного уточнения потребности в них.

► Повысить эффективность расходования государственных средств на лекарственное обеспечение путем установления референтных цен, на ЛС и/или регулирования оптовых и торговых надбавок к заявленной цене производителя. Ввести систему централизованного учета и размещения информации об открытых конкурсах на закупку ЛС на всех уровнях управления здравоохранением и во всех субъектах РФ и проводить анализ результатов проведенных торгов. Ежемесячно мониторировать и контролировать цены на ЛС в регионах как по государственным программам, так и на свободном рынке.

► Разработать и утвердить в соответствии с международными требованиями перечень ЛС для амбулаторных и стационарных условий оказания медицинской помощи (по ПГГ) и перечень стратегически важных ЛС, производство которых обязательно должно быть обеспечено отечественными производителями («стратегический перечень»).

► Обеспечить рациональное использование ЛС врачами и фельдшерами путем внедрения клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине, а также справочников и формуляров ЛС, предоставляющих независимую информацию о ЛС. Установить контроль над выпиской ЛС врачами и фельдшерами по качественным показателям, основанным на клинических рекомендациях. Регулярно проводить контроль над рациональностью назначений ЛС врачами и фельдшерами, в том числе и экспертами СМО.

► Информировать пациентов о правилах применения назначенных врачом ЛС путем распространения соответствующих рекомендаций.

► Повысить качество и объемы подготовки провизоров, клинических фармакологов, управленцев в фармации, развить систему непрерывного образования фармацевтических работников, в том числе их информационного обеспечения на рабочих местах.

► Способствовать развитию отечественной фармацевтической и медицинской промышленности путем формирования долгосрочного заказа (см. задачу 13).

Задача 16

Обеспечить доступность медицинской помощи сельскому населению.

Индикаторы

1. К 2014 г. различия в обеспеченности медицинскими работниками в сельской местности по сравнению с общими показателями по РФ — не более 1,5 раза; к 2020 г. — не более 1–1,2 раза (в зависимости от специальности).

2. К 2014 г. различия в доступности к амбулаторно-поликлиническим и стационарным услугам для сельского населения по сравнению с городским — не более 1,2 раза.

Механизмы (см. также задачи 10 и 14)

► В законодательстве предусмотреть: критерии доступности медицинской помощи для сельского населения (минимальная обеспеченность медицинскими работниками и койками в медицинских учреждениях), выделение федеральных средств (квот) сельским муниципалитетам для заключения трехсторонних соглашений на обучение медицинских работников в вузах и требования к обязательности их исполнения.

► Предусмотреть для сельских и отдаленных районов предоставление мобильных диагностических и лечебных услуг с телемедицинской консультационной связью, например, связью с ЦРБ, с центральной областной (республиканской, краевой) больницей или крупным специализированным учреждением.

► Предусмотреть обязательность строительства и предоставления бесплатного жилья для медицинских работников в сельской местности, возможно, путем принятия специальной целевой федеральной программы.

► Рассмотреть вопрос об обязательном прохождении интернатуры и ординатуры (как минимум несколько месяцев) в сельской местности.

► Актуализировать нормативы обеспеченности сельских медицинских учреждений автотранспортом (с учетом территориальной удаленности объектов здравоохранения от мест проживания населения и необходимости обеспечения запланированных потоков пациентов в ЛПУ) и предусмотреть меры по их доукомплектованию. В том числе предусмотреть дооснащение центральных областных (республиканских, краевых) больниц специализированным санитарным автотранспортом до единого стандарта.

► Предусмотреть возможность кураторства (или ротации) медицинских кадров между центральными районными больницами и центральными областными (республиканскими, краевыми) больницами с целью повышения квалификации персонала ЦРБ.

Задача 17

Продолжить укрепление службы скорой медицинской помощи.

Индикатор

К 2014 г. время доезда скорой медицинской помощи по срочному вызову — не более 15 мин.

Механизмы

► Продолжить переоснащение и информатизацию службы скорой медицинской помощи.

► Оптимизировать организационные технологии оказания населению скорой и неотложной медицинской помощи, в том числе с

использованием специализированных бригад интенсивной терапии. Реализовать это путем актуализации штатной структуры станций скорой помощи и квалификационных требований к персоналу; видов и категорий сложности медицинских мероприятий; регламентов санитарной транспортировки и нормативов оснащенности как машин, так и станций скорой помощи.

- ▶ Разработать и обеспечить выполнение регламента приоритетности прохождения скорой помощи по дорогам совместно с ГИБДД.

- ▶ Расположить станции скорой медицинской помощи на технологически приемлемом расстоянии в городах и сельских районах.

- ▶ Осуществлять контроль состояния качества машин и своевременное обновление парка автомобилей, а также контроль за непрерывным повышением квалификации персонала.

- ▶ Внедрять современные системы связи с узловым центром, анализировать причины неэффективности работы скорой помощи.

- ▶ Обеспечить врача и фельдшера скорой помощи четкими современными рекомендациями по ее оказанию. Обучить врачей (фельдшеров) скорой медицинской помощи использованию современных методов реанимации и жизнеподдержания.

Задача 18

Реформировать стационарную медицинскую помощь.

Индикаторы

1. К 2014 г. соотношение коек интенсивного лечения, коек восстановительного лечения и реабилитации и коек длительного ухода составляет — 30% : 30% : 40% (без учета санаторно-курортных коек). При этом общая обеспеченность койками должна составлять 12,0 на 1000 населения.

2. К 2014 г. доля населения, ожидающего менее 3 мес высокотехнологичные методы лечения (операции) — 100%.

3. К 2014 г. число операций по реваскуляризации сосудов сердца — 250 на 100 тыс. населения.

4. К 2014 г. число процедур гемодиализа — 90 на 100 тыс. населения.

5. К 2014 г. число оперативных вмешательств по поводу катаракты — 700 на 100 тыс. населения.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** предусмотреть структуру коечного фонда в РФ (койки: интенсивного лечения, долечивания или восстановительного лечения и реабилитации, а также длительного лечения) и определить минимальные нормативы обеспеченности этими койками, а также необходимость ведения федерального реестра (в разрезе регионов) больных, нуждающихся в высокотехнологичных методах лечения.

► Интенсифицировать лечение в стационарах круглосуточного пребывания путем разделения на койки интенсивного лечения, койки восстановительного лечения и долечивания и койки длительного ухода.

► Разработать с учетом мирового опыта штатные нормативы, стандарты оснащения и затраты на вышеуказанные койки. Соотношение затрат должно быть примерно следующее — 2 : 1,5 : 1.

► Дооснастить МО в соответствии с табелем оснащенности (см. задачу 11).

► Разработать регламенты (в том числе порядок направлений) работы коек по профилям. Стандарты (клинические рекомендации) медицинской помощи должны отражать лечение на разных видах (профилях) коек.

► Создать и постоянно актуализировать федеральный реестр больных, нуждающихся в высокотехнологической медицинской помощи, и разработать регламент включения больных в этот реестр.

Задача 19

Расширить и модернизировать медико-социальную службу (службу долговременного ухода за пациентами).

Индикаторы

1. К 2014 г. обеспеченность койками длительного ухода — 6 на 1000 населения; к 2020 г. — 8.
2. К 2014 г. доля пациентов, нуждающихся в услугах по долго-временному уходу (УДУ) и получающих его в установленные сроки, — 80%.

Механизмы

- ▶ Предусмотреть источники финансирования УДУ на основе системы ОМС и ДМС.
- ▶ Разработать номенклатуру учреждений и услуг, предоставляемых по этому виду помощи.
- ▶ Разработать критерии для отбора населения, которому необходимы УДУ.
- ▶ Разработать стандарты оказания услуг по долговременному уходу и подготовить необходимые медицинские кадры.
- ▶ Организовать работу коек (учреждений), оказывающих услуги УДУ, путем перепрофилирования существующего коечного фонда, в том числе на основе механизмов государственно-частного партнерства.

Задача 20

Улучшить систему организации медицинской помощи больным с социально обусловленными заболеваниями (СПИД, туберкулез и др.) и другими инфекционными заболеваниями.

Индикаторы

1. К 2014 г. сократить первичную заболеваемость¹ туберкулезом на 100 тыс. населения — до 40 случаев, к 2020 г. — до 30 случаев.
2. К 2014 г. сократить число новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения — до 10 случаев, к 2020 г. — до 7 случаев.

¹ Число впервые выявленных случаев (больных).

3. К 2014 г. сократить первичную заболеваемость сифилисом на 100 тыс. населения до 25 случаев, к 2020 г. — до 15 случаев.

Механизмы¹

► В законодательной базе необходимо предусмотреть расширение льгот и увеличение надбавок к заработной плате врачей-фтизиатров и врачей-инфекционистов.

► Создать условия для предупреждения возникновения и распространения социально значимых и инфекционных заболеваний. Для этого необходимо: предусмотреть увеличение средств на профилактику, диагностику и лечение инфекционных и социально значимых заболеваний, причем, не менее 2/3 от общего объема средств должно быть направлено в пользу проведения мер неспецифической и специфической профилактики. Среди них: медико-санитарное просвещение, иммунизация, раннее выявление и при необходимости своевременная изоляция больных.

► Пересмотреть функцию врачебной должности врачей первичного контакта таким образом, чтобы у них оставалось время для проведения профилактической работы среди населения.

► Предусмотреть кратное (в 2—3 раза) увеличение заработной платы и надбавок к заработной плате врачам-инфекционистам и врачам-фтизиатрам с целью укомплектования этих должностей.

► Создать систему постоянного мониторинга заболеваемости инфекционными и социально значимыми заболеваниями и систему быстрого реагирования в случае увеличения их распространенности.

► Обеспечить территориальную доступность специализированной медицинской помощи для лечения социально значимых и инфекционных заболеваний для населения, проживающего в отдаленных районах и сельской местности (сегодня большинство специали-

¹ Составлено с учетом Сборника нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний, 2007.

зированных учреждений расположено в территориальной близости областных центров, что делает эту помощь недоступной для вышеуказанных граждан).

▶ Усилить внимание к здоровью мигрантов путем проведения обязательных диспансерных осмотров (выявление туберкулеза, заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфицированности).

▶ Обеспечить своевременное и адекватное лечение больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, в том числе путем бесплатного обеспечения ЛС в амбулаторных условиях и высококачественными ЛС в стационарах.

▶ Выделить федеральные целевые средства (на условиях софинансирования субъектами РФ) на восстановление и материально-техническое обеспечение инфраструктуры учреждений, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях и инфекционных заболеваниях.

Задача 21

Создать систему управления качеством медицинской помощи (КМП).

Индикаторы

1. В 2010 г. разработать и принять Программу управления качеством медицинской помощи в РФ.
2. Ежегодно до 1 апреля последующего за отчетным годом должен быть представлен комплексный отчет «О показателях эффективности деятельности системы здравоохранения РФ, в том числе о качестве медицинской помощи».
3. К 2014 г. доля пациентов, заявивших о врачебной (медицинской) или медикаментозной или лабораторной ошибке — не более 20%.
4. К 2014 г. доля пациентов, заявивших, что медицинские работники были невежливы и невнимательны к ним или потратили недостаточно времени на общение с ними, — не более 15%.

5. К 2014 г. стандартизованный коэффициент больничной летальности¹ — 85%.

6. К 2014 г. доля пациентов, получивших от врачей первичного звена консультацию по образу жизни при наличии хронического заболевания и план мониторинга симптомов этого заболевания, — 80%.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** определить понятие качества медицинской помощи и его критериев; ввести требование о ежегодном предоставлении Общероссийского отчета об эффективности деятельности системы здравоохранения и качестве медицинской помощи. Ввести требование об обязательном наличии стандартов качества организации в каждой медицинской организации, а также систему обязательной государственной аккредитации медицинских организаций.

► **Разработать национальную программу по управлению качеством медицинской помощи (КМП),** в том числе: определить приоритетные направления по улучшению КМП, среди них — профилактика и лечение болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, оказание медико-санитарной помощи женщинам детородного возраста и детям, безопасность пациента, развитие ПМСП и др.

► **Создать организационные структуры по управлению КМП:**

— организовать отдел (подразделение) в Минздравсоцразвития России и работу рабочих групп при этом отделе. Подготовить методические рекомендации для разработки региональных программ по управлению КМП;

— активно привлекать для разработки программных документов и для реализации мероприятий по управлению КМП профессиональные медицинские общества и объединения пациентов. Например,

¹ Отношение фактической смертности в стационаре к ожидаемой.

АСМОК могла бы разработать проект Концепции по управлению КМП, методические рекомендации для формирования региональных программ по управлению КМП, стандарты аккредитации МО;

- выполнить НИР по вопросам управления КМП (разработка единых индикаторов отчетности по КМП, разработка стандартов качества МО, оценка безопасности и экономической эффективности медицинской помощи и др.);

- наладить международное сотрудничество и обмен опытом в сфере управления качеством в здравоохранении.

► **Совершенствовать методы и технологии управления КМП:**

- разработать единую методологию контроля КМП в медицинских организациях (включая единые карты экспертизы КМП), порядок и формы отчетности медицинских организаций перед региональными органами управления здравоохранением, Росздравнадзором и СМО;

- установить систему единых показателей и их целевых значений для оценки работы врачей, медицинских организаций, органов управления здравоохранением. Эти показатели должны обязательно включать оценки удовлетворенности пациентов, безопасности медицинской помощи и экономической эффективности деятельности МО;

- установить регламент проведения контроля КМП Росздравнадзором, устранить дублирование контрольных процедур (расширить лицензионные требования к МО);

- актуализировать методологию контроля КМП для СМО с акцентом на защиту прав застрахованных, разбор жалоб пациентов, а также на экономический контроль;

- разработать и внедрить стандарты: медицинской помощи, оснащения медицинских организаций, организационные стандарты (стандарты качества организации);

- ввести систему аккредитации медицинских организаций для контроля за исполнением стандартов качества организации;

- разработать рекомендации для пациентов по ведению здорового образа жизни и самоуходу с учетом заболевания, а также правильному применению ЛС, назначенных врачом;

- создать мотивационные механизмы для повышения КМП: публиковать рейтинги врачей и рейтинги медицинских организаций (на основе оценки достигаемых ими показателей качества); привязать достижение показателей качества к оплате труда;

- по результатам оценки КМП в МО принимать решения о заключении контракта СМО с этой медицинской организацией;

- по КМП в субъекте РФ в целом оценивать работу руководителей регионального органа управления здравоохранением, ТФОМС и СМО.

► **Обеспечить кадровые и материально-технические ресурсы для достижения целевых показателей КМП:**

- внедрить клинические рекомендации профессиональных медицинских обществ в ежедневную практику врачей;

- профессиональным медицинским обществам актуализировать квалификационные требования к специалистам и программы их обучения;

- внедрить систему НМО медицинских работников с ежегодным накоплением установленного числа кредитов;

- организовать и постоянно обновлять медицинские библиотеки в медицинских организациях, обеспечить бесплатный доступ медицинских работников к Национальной медицинской электронной библиотеке;

- включить в программы последипломного медицинского образования вопросы по управлению КМП;

- актуализировать программы обучения специалистов по управлению КМП и ужесточить требования к экспертам по КМП;

- создать условия в медицинских организациях для проведения патолого-анатомических разборов, в том числе повысить обеспеченность патологоанатомами.

Задача 22

Продолжить реализацию имеющихся целевых долгосрочных программ и разработать новые программы по приоритетным направлениям здравоохранения. Среди них:

- ▶ Снижение смертности от болезней системы кровообращения.
- ▶ Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий.
- ▶ Здоровье мужчин трудоспособного возраста.
- ▶ Дети России.
- ▶ Психическое здоровье населения РФ.
- ▶ Развитие инфраструктуры медицинских организаций в субъектах РФ.
- ▶ Сельское здравоохранение.

Индикаторы

Для каждой из программ должны быть разработаны или уже разработаны¹ индикаторы по улучшению здоровья соответствующих групп населения и установлены сроки их достижения, а также определена персональная ответственность за эффективность реализации этих программ на всех уровнях управления здравоохранением.

Механизмы

▶ **В законодательстве необходимо** определить, что доля на инвестиционную составляющую в целевых долгосрочных программах составляет не более 20%.

¹ Федеральные целевые программы: «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» (постановление Правительства РФ № 100 от 20.02.2006 г.) и «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (постановление Правительства РФ № 280 от 10.05.2007 г.), направленная на улучшение здоровья населения и снижение заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний, ВИЧ-инфекций, передаваемых половым путем, психических расстройств, вирусных гепатитов, туберкулеза, сахарного диабета, артериальной гипертонии, а также снижение уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем.

► Акцент в этих программах должен быть перенесен с закупки оборудования — на профилактику; на раннее выявление заболеваний, своевременное и правильное их лечение; на совершенствование системы организации медицинской помощи; на распространение клинических рекомендаций, способствующих стандартизации и улучшению качества медицинской помощи и на подготовку медицинских кадров.

► Ежегодно проводить анализ эффективности программ, публиковать отчеты, в которых представлена информация о достигнутых результатах в разрезе субъектов РФ.

8.4. Повышение эффективности управления здравоохранением (задачи 23—30)

Задача 23

Обеспечить стратегический подход в реализации государственной политики.

Индикаторы

1. К апрелю 2010 г. утвердить «Стратегию развития здравоохранения РФ до 2020 г.»
2. К сентябрю 2010 г. принять региональные «Стратегии развития здравоохранения до 2020 г.»

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** включить положение об обязательности предоставления министром здравоохранения ежегодных отчетов Президенту РФ и Правительству РФ «О состоянии здоровья населения РФ» и реализации «Стратегии развития здравоохранения» и аналогичный ежегодный отчет Президента РФ законодательному органу власти; ввести требование о разработке федеральной и региональных Стратегий здравоохранения и положения об ответственности руководителей здравоохранения за неисполнение целей и задач этих Стратегий.

▶ Предусмотреть разделение управления здравоохранением и вопросами социального обеспечения и занятости населения в различных министерствах.

▶ Разработать федеральную и региональные стратегии развития здравоохранения.

Пример региональной Стратегии развития здравоохранения до 2020 г. представлен в приложении № 2 на примере Самарской области.

Задача 24

Частично восстановить вертикаль управления здравоохранением.

Индикаторы

В 2010 г. должны быть приняты поправки в федеральные законы, регламентирующие назначение/снятие региональных руководителей здравоохранения с учетом согласования на федеральном уровне.

Механизмы

▶ **В законодательстве необходимо:** ввести положение о порядке назначения и снятия руководителей органов здравоохранения по согласованию с руководителем вышестоящего уровня; предусмотреть право федерального уровня власти применить административные санкции при условии невыполнения региональными руководителями здравоохранения запланированных показателей по улучшению здоровья населения.

▶ Централизация финансирования — см. задачи 2, 3.

▶ Централизация управления системой здравоохранения на уровне Минздравсоцразвития России и органов управления здравоохранением субъектов РФ должна предусматривать: обеспечение единообразия управления системой здравоохранения в субъектах РФ путем создания единых отраслевых федеральных, региональных и муниципальных стратегических программ развития с доведением их

до уровня каждого ЛПУ. Необходимо разработать административные регламенты для всех структур системы здравоохранения и определить порядок отчетности региональных органов управления здравоохранением по эффективности реализации региональных Стратегий.

► Создать вертикальную систему **методологической поддержки** органов управления здравоохранением субъектов РФ путем организации совета региональных министров при федеральном министерстве. Систематически анализировать и тиражировать опыт субъектов РФ.

► Централизовать управление на уровне субъектов РФ с передачей от муниципалитетов полномочий и ресурсов на региональный уровень управления; разрешить региональным органам управления здравоохранением по представлению регионального отделения Росздравнадзора сменить руководителя муниципального учреждения здравоохранения в случае неисполнения им запланированных показателей деятельности.

► Усилить курирование областными больницами центральных районных больниц (см. задачу 16).

► Одновременно с централизацией управления целесообразно передать часть управленческих функций с федерального уровня на уровень профессиональных медицинских организаций в части разработки стандартов (клинических рекомендаций), порядков оказания медицинской помощи, развития НМО, в том числе разработки стандартов последипломного медицинского образования и предоставления услуг по НМО.

Задача 25

Усилить государственное регулирование в части установления тарифов и контроля КМП.

Индикаторы

1. В 2010 г. должны быть установлены предельные цены на ЛС, закупаемые за государственный счет, как в амбулаторных условиях, так и в стационарных.

2. В 2011 г. должна действовать система единых способов оплаты за медицинские услуги и единых тарифов на них (дифференцированных с учетом региональных коэффициентов и сложности предоставления медицинской помощи).

Механизмы

▶ В законодательстве необходимо ввести понятия референтной цены на ЛС и единой тарифной политики на медицинские услуги.

▶ Ежегодно устанавливать предельные цены на ЛС, закупаемые за государственные средства.

▶ Регулировать предельные торговые надбавки к заявленной производителем ЛС цене.

▶ Усилить контроль качества деятельности медицинских организаций через систему обязательной аккредитации, в том числе проводить детальный анализ и контроль за внутрибольничными инфекционными осложнениями, внутрибольничной летальностью и медицинскими ошибками. Для этого должны быть разработаны соответствующие показатели (см. задачу 21).

▶ Усилить контроль над обращением ЛС (см. задачу 15).

Задача 26

Расширить автономию государственных и муниципальных ЛПУ и организовать конкуренцию между поставщиками медицинских услуг всех форм собственности (см. также задачи 5 и 27).

Индикаторы

В 2014 г. доля государственных и муниципальных ЛПУ, реорганизованных в некоммерческие МО, — 20%, к 2020 г. — 50%.

Механизмы

При реализации этих задач необходимо учесть два важных обстоятельства, требующих серьезного государственного регулирования. Первое — при «автономизации», т.е. расширении прав и самостоятельности государственных и муниципальных учреждений здраво-

охранения (которое может быть реализовано путем перехода бюджетного учреждения в автономное учреждение¹ или реорганизации его в некоммерческую организацию другой организационно-правовой формы), необходимо нивелировать возможные риски, связанные со снижением доступности медицинской помощи. Эти риски могут возникнуть в связи с прекращением существования государственного и муниципального автономного учреждения вследствие его банкротства, перепрофилирования или приватизации. Второе — при организации конкуренции должны быть созданы равные права, возможности и ответственность как для МО, находящихся в государственной и муниципальной собственности, так и для частных МО.

Для этого в части «автономизации» государственных и муниципальных ЛПУ в законодательстве необходимо предусмотреть нижеследующие нормы и условия:

► Необходимо сохранить субсидиарную ответственность собственника учреждения (государства и муниципалитета) по обязательствам этих учреждений или организаций. Эта ответственность может выражаться в виде финансовой поддержки их деятельности (обязательной содоплаты к тарифу ОМС и/или субсидирование инвестиционных расходов) и/или недопущения банкротства и др.

► Установить запрет на приватизацию автономных учреждений и некоммерческих организаций в здравоохранении, находящихся в государственной и муниципальной собственности.

► Установить запрет на изменение профиля и численности коек медицинских организаций (автономных учреждений или неком-

¹ По действующему законодательству (Федеральные законы № 174-ФЗ от 03.11.2006 г. «Об автономных учреждениях» и № 175-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об автономных учреждениях», а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений», автономное учреждение является разновидностью государственного или муниципального учреждения, а не самостоятельной организационно-правовой формой юридического лица.

мерческих организаций) без разрешения регионального органа управления здравоохранением. При этом в региональном органе здравоохранения должен иметься план долгосрочного развития инфраструктуры учреждений здравоохранения субъекта РФ (сбалансированный и согласованный на федеральном уровне) с учетом потребностей населения в медицинской помощи.

► Обучить руководителей вновь созданных медицинских организаций работе в новых экономических условиях путем распространения методических материалов, чтения лекций, демонстрации передового опыта на примере лучших учреждений. К управлению МО должны допускаться руководители, имеющие специальную лицензию или сертификат, подтверждающие владение вопросами управления МО на современном уровне.

► Создать гарантии со стороны частных поставщиков медицинских услуг по долгосрочному выполнению определенных услуг для населения региона (достигается путем заключения трехсторонних долгосрочных договоров между СМО, региональным органом управления здравоохранением и частными поставщиками медицинских услуг).

► Предусмотреть требование обязательности оказания неотложной помощи пациентам МО любой организационно-правовой формы и любой формы собственности, причем независимо от статуса страховки (ДМС, ОМС или незастрахованный) обратившегося за помощью пациента.

► Обязать учреждения, находящиеся в государственной и муниципальной собственности, обеспечивать государственный заказ в определенном объеме — квоте, установленной региональным органом управления здравоохранением или СМО. Если этого не происходит, то учреждение, например, может лишиться лицензии.

В части второго важного обстоятельства (равные права для всех МО) необходимо организовать справедливую конкуренцию между МО всех форм собственности. Для этого должны быть созданы равные условия для них как по программам государственного страхо-

вания, так и по предпринимательской деятельности, что означает следующее:

- ▶ Переход на «полный» тариф, т.е. включение в тариф не только 5 статей, как это происходит сегодня, но и расходных статей на обеспечение деятельности учреждения (без инвестиционных статей расходов).

- ▶ Конкуренция за государственный заказ должна строиться на основании объективных критериев: качество услуг, их объем и своевременность исполнения. Следует учитывать также тарифы на медицинские услуги (которые МО может предлагать по более низким значениям, чем установлено государством).

- ▶ МО частной формы собственности обязаны оказать не только желаемый ими, но и строго определенный объем медицинской помощи для застрахованных в системе ОМС, в том числе неотложную помощь и помощь при сложных случаях заболеваний (чтобы избежать при оказании медицинской помощи селекции только легких случаев заболеваний).

- ▶ МО, находящиеся в государственной и муниципальной собственности, должны иметь равные с частными МО возможности заниматься предпринимательской деятельностью. Эта предпринимательская деятельность может охватывать спектр услуг, не вошедших в программу государственных гарантий (например, ряд стоматологических услуг, массаж, услуги психотерапевта и др.) и сервисные услуги (например, размещение в одноместной палате с повышенной комфортностью).

- ▶ Законодательно установить запрет на оплату вышеперечисленных услуг пациентами напрямую и осуществлять эту оплату только по долгосрочным программам добровольного медицинского страхования. Это позволит, с одной стороны, снять финансовую нагрузку с пациентов и перейти к более солидарным формам оплаты, с другой — будет способствовать развитию ДМС. Никакой оплаты пациентом услуг, вошедших в установленный государством набор гарантий по

программе ОМС, быть не должно, за исключением официально установленных и фиксированных соплатежей, в момент оказания помощи (если решение о введении таковых будет принято, см. задачу 2). Как уже неоднократно подчеркивалось ранее, отмена платных услуг во всех медицинских организациях должна сопровождаться ростом тарифов по программам ОМС как минимум на 50%, установлением прозрачного перечня гарантированных медицинских услуг и определением условий их оказания.

При обсуждении вопроса о равных правах МО всех форм собственности по реализации ПГГ и предпринимательской деятельности государству также необходимо будет отрегулировать ситуацию с теми пациентами, которые **не хотят ожидать очереди** на плановые операции и обследования, сложившиеся в системе ОМС. Этим пациентам (гражданам) могут быть предложены альтернативные программы ДМС (т.е. аналогичные программам ОМС), но без необходимости соблюдать очередность и в лучших условиях.

При этом необходимо иметь в виду несколько рисков. Во-первых, оказание медицинской помощи гражданам, застрахованным по таким программам ДМС, в государственных и муниципальных МО может отрицательно сказаться на доступности медицинской помощи застрахованным по программам ОМС (в результате использования одних и тех же кадровых и материально-технических ресурсов). Во-вторых, эти пациенты могут запросить частичную компенсацию взносов, оплаченных ими в систему ОМС, тем самым уменьшив объем средств в общем, солидарном фонде ОМС.

Первый риск снимается усилением контроля со стороны СМО над объемом, качеством и сроками оказания помощи застрахованным по программам ОМС и регулированием тарифов по программам ДМС (недопущение существенного их превышения над тарифами ОМС).

Второй риск снимается простым запретом на любые компенсации и возвраты средств из ОМС.

Задача 27

Внедрить экономически эффективные (рыночные) методы управления в здравоохранении (см. также задачу 26).

Индикаторы

1. К 2014 г. доля медицинских работников, оплачиваемых с учетом интенсивности, качества и результатов их труда, — 90%.

2. К 2014 г. доля МО, представляющих отчеты о КМП по установленным показателям и имеющих дифференцированную систему оплаты за услуги в зависимости от значения этих показателей, — 50%.

Механизмы

► Организовать конкуренцию между МО всех форм собственности за получение государственного заказа по критерию качества — там, где это возможно (например, в крупных городах).

► Привязать финансирование медицинской организации и оплаты труда медицинских работников к объемам и качеству оказанной медицинской помощи (при условии увеличения общего фонда оплаты труда).

► Расширить права и полномочия руководителей ЛПУ в сфере управления государственными и муниципальными учреждениями, поэтапно изменить организационно-правовые формы государственных и муниципальных ЛПУ.

► Способствовать реальной конкуренции СМО за застрахованных путем публикации материалов для пациентов о качестве деятельности этих организаций, в том числе по защите их прав.

Задача 28

Повысить квалификацию управленческих кадров.

Индикаторы

К январю 2013 г. руководители государственных, муниципальных органов управления здравоохранением, руководители крупных МО

(включая ЦРБ) должны пройти курсы повышения квалификации по единым обновленным программам и сдать тестовый квалификационный экзамен (при этом доля правильных ответов на вопросы должна составлять не менее 80%).

Механизмы

▶ В законодательстве необходимо предусмотреть требования к назначению руководителей высшего управленческого звена здравоохранения и порядок их ежегодной оценки и аттестации.

▶ Актуализировать программы повышения квалификации управленческого персонала с учетом международных требований и перспективных потребностей здравоохранения. Для этого необходимо выделить целевые бюджетные средства нескольким кафедрам организации здравоохранения на их подготовку, предварительно разработав требования к этим программам и тестовым вопросам для контроля.

▶ Разработать специальные курсы для дистанционного преподавания вопросов организации здравоохранения.

▶ Актуализировать тестовые вопросы для проведения квалификационного экзамена по вопросам организации здравоохранения в соответствии с актуализированными требованиями.

▶ Установить жесткий контроль над систематическим обучением и повышением квалификации управленческих кадров.

▶ В целях обучения лучшему зарубежному опыту высшего менеджмента здравоохранения предусмотреть приглашение ведущих международных экспертов для чтения лекций. Предусмотреть систематическое участие российских организаторов здравоохранения на международных форумах по организации здравоохранения.

▶ Принимать решения о назначениях на управленческие должности после тщательного конкурсного отбора, на основе актуализированных квалификационных требований и результатов квалификационных экзаменов.

▶ Установить систему рейтингов управленческих кадров с систематическим сравнением эффективности их работы.

► Предусмотреть увеличение заработной платы управленцев здравоохранения всех уровней для привлечения на эти должности наиболее активных и талантливых руководителей, а также для устранения соблазна коррупции.

► Предусмотреть меры административных взысканий в случае невыполнения руководителями своих должностных обязанностей, в том числе по реализации Стратегии развития здравоохранения.

Задача 29

Снизить риски коррупции и повысить прозрачность и обоснованность принимаемых решений.

Индикаторы

1. К 2014 г. доля управленцев здравоохранения, в отношении которых возбуждены уголовные дела по подозрению в коррупции, — 0%.

2. К 2014 г. доля решений, принимаемых в здравоохранении без предварительного экспертного обсуждения, — 10%.

Механизмы

► **В законодательстве необходимо:** ввести понятие эффективности использования материально-технических ресурсов здравоохранения и требование мониторинга этого показателя. Ввести критерии принятия управленческих решений в здравоохранении: прозрачность, основанность на доказательствах и обязательное экспертное обсуждение. Должно быть предусмотрено требование, что в состав комиссий и рабочих групп, создаваемых для обсуждения тех или иных решений в здравоохранении, должны входить независимые эксперты по проблеме (не менее 60% от списочного состава).

► Повысить качество принятия управленческих решений в здравоохранении путем проведения анализа зарубежного и отечественного опыта и проведения методов комплексной оценки медицинских технологий, а также путем обсуждения со всеми заинтересованными сторонами.

▶ Проводить систематический анализ и сравнение данных: по стоимости закупленного за счет государственных средств медицинского оборудования, расходных материалов и ЛС; а также по эффективности использования медицинского оборудования, расходных материалов, коечного фонда стационаров и других показателей.

▶ Обеспечить систематическую работу Общественного совета при Минздравсоцразвития России.

▶ Проводить систематическое освещение деятельности министерства и разъяснение сути принимаемых решений в СМИ.

▶ Проводить систематические опросы населения и анализ полученных результатов.

▶ Создать атмосферу непримиримости со стороны общества, медицинских работников и пациентов к коррупции в здравоохранении и неофициальным платежам в МО.

Задача 30

Актуализировать нормативно-правовую базу здравоохранения.

Рекомендации по законодательному закреплению основных положений Стратегии представлены в каждой задаче в подразделе «Механизмы». Ниже приведен перечень проектов федеральных законов, которые необходимо разработать и в которых должны быть отражены указанные в задачах правовые нормы.

▶ В целях регулирования общих вопросов организации и управления здравоохранением — ФЗ «О здравоохранении».

▶ В целях обеспечения стабильности финансирования и обеспечения гарантий бесплатной медицинской помощи населению — ФЗ «О государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи».

▶ В целях оптимизации управления финансированием ПГГ и эффективного выравнивания субъектов РФ по финансовому обеспечению ПГГ — ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

▶ В целях защиты профессиональной ответственности медицинских работников — ФЗ «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников».

▶ В целях повышения качества медицинской помощи в медицинских организациях — ФЗ «Об аккредитации медицинских организаций».

▶ В целях повышения качества изделий медицинского назначения — закон «Об изделиях медицинского назначения».

▶ В целях улучшения качества и доступности ЛС населению РФ — новый закон «О лекарственных средствах».

Также потребуется внести изменения и поправки в ряд существующих законов.

▶ В целях оптимизации управления системой здравоохранения на различных уровнях (федеральном, региональном и муниципальном) и частичной централизации функций управления здравоохранением — поправки в ФЗ: № 95, № 131, № 122, № 258.

▶ В целях повышения эффективности закупок ЛС, расходных материалов и оборудования за счет государственных средств — поправки в ФЗ № 94.

▶ В целях усиления контроля качества потребительских продуктов — поправки в ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии».

▶ В целях повышения квалификации медицинских кадров и развития системы НМО — поправки в ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании».

8.5. Реализация программ по охране здоровья населения (задачи 31–39)¹

Комплексность проводимых мероприятий по охране здоровья подразумевает межведомственный подход, т.е. вовлеченность многих государственных структур: Правительство РФ, Минздравсоцразвития

¹ В подготовке данного раздела в том числе использованы материалы Роспотребнадзора.

России, Минкультуры России, Минкомсвязи России, МВД России, МЧС России, Минобороны России, Минобрнауки России, Минпромторг России, Минэнерго России, Минприроды России, Минсельхоз России, Минэкономразвития РФ, Минфин России, Министерство внешней торговли, Минрегион России. Межсекторальный подход означает вовлеченность и активную позицию общественных организаций, церкви, работодателей, СМИ и самих граждан. Очень важна поддержка этих программ первыми лицами государства и видными общественными и политическими деятелями.

Индикаторы

Поскольку решения нижеприведенных задач тесно взаимосвязаны, то индикаторы для них приведены общие.

1. К 2014 г. снизить потребление алкоголя на душу населения в пересчете на чистый спирт — до 10 л в год; к 2020 г. — до 6–7 л в год.

2. К 2014 г. сократить долю ежедневно курящего взрослого населения — до 30% (к 2020 г. — до 20%), среди подростков — до 20% (к 2020 г. — до 10%).

3. К 2014 г. увеличить долю подростков, ежедневно занимающихся активными физическими упражнениями, — до 60%, к 2020 г. — до 80%.

4. К 2014 г. увеличить долю взрослого населения, занимающегося физическими упражнениями не реже 3 раз в неделю по 20 минут, — до 50% (к 2020 г. — до 60%).

5. К 2020 г. снизить долю населения, страдающего ожирением, до 10%.

6. К 2020 г. снизить долю населения, проживающего в зоне, не отвечающей экологическим нормам, — до 5%.

7. К 2014 г. доля населения старше 65 лет, охваченного профилактическими прививками против гриппа и пневмококковой инфекции, — 90%.

8. К 2014 г. охватить профилактическими прививками 95% населения и как следствие снизить и стабилизировать заболеваемость коклюшем, корью, эпидемическим паротитом, краснухой, дифтерией, острым вирусным гепатитом.

Задача 31

Сформировать мотивацию к ведению здорового образа жизни у населения РФ.

Механизмы

► Разработать Концепцию здорового образа жизни для населения РФ на федеральном уровне и конкретные программы в субъектах РФ.

► Разработать перечень мероприятий для массовой пропаганды здорового образа жизни и семейных ценностей в СМИ, в том числе создать федеральный TV-канал или комплекс передач на нескольких каналах. В рамках этой пропаганды предусмотреть идеологическую составляющую здорового образа жизни; показывающую его важность для личного благополучия, финансовой стабильности, социальной адаптации и реализации общенациональных целей.

► Разработать совместно с профессиональными медицинскими обществами высококачественные информационно-образовательные материалы по здоровому образу жизни и медико-санитарному просвещению населения; определить каналы и механизмы их распространения, в том числе через медицинские учреждения, социальных работников, школы, высшие образовательные учреждения и центры профилактики в субъектах РФ.

► Предусмотреть совместно с Союзом работодателей и профсоюзами мероприятия по распространению информационно-образовательных материалов через работодателей.

► Разработать комплекс мер по запрещению прямой и косвенной пропаганды и рекламы в СМИ табака, алкогольной продукции и нездорового образа жизни.

▶ Разработать федеральный интернет-портал по пропаганде здорового образа жизни с интерактивными возможностями и организовать телефонную «горячую линию» по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

▶ Актуализировать образовательные программы всех уровней путем включения материалов по здоровому образу жизни. В системе начального, среднего и высшего образования увеличить объем занятий физкультурой и спортом и повысить их качество.

▶ Включить специальные циклы по обучению здоровому образу жизни в программы подготовки управленческих кадров для всех отраслей.

▶ Разработать рейтинги для публичной оценки вовлеченности различных министерств, ведомств, субъектов РФ и неправительственных организаций в реализацию программ, ввести соревновательную компоненту.

▶ Предусмотреть меры по вовлечению студентов и пенсионеров в программы по пропаганде здорового образа жизни.

▶ Разработать НИОКР в области охраны здоровья и повышения мотивации населения к ведению здорового образа жизни.

Задача 32

Повысить ответственность населения и работодателей за сохранение и укрепление здоровья.

Индикаторы

К 2014 г. доля крупных предприятий, на которых действуют программы по профилактике заболеваний и/или имеются здравпункты, — 80%.

Механизмы

▶ В законодательстве необходимо: предусмотреть усиление ответственности работодателя за несоблюдение нормативов условий труда для работников, а также обязательность проведения профилакти-

ческих программ по оздоровлению населения, в том числе организации здравпунктов.

► Повысить ответственность населения за свое здоровье путем создания системы поощрения (например, уменьшение соплатежей или дополнительные льготы в системе ОМС) при условии ведения здорового образа жизни и своевременного прохождения профилактических мероприятий.

► Привлечь работодателей к реализации программ по профилактике путем организации на крупных предприятиях здравпунктов, в задачу которых бы входили: медико-санитарное просвещение (в том числе с учетом специфики производства и профессии), определение степени риска развития хронического заболевания, консультирование по ведению здорового образа жизни, мониторинг показателей здоровья. Работодатели могли бы создать систему позитивных нематериальных и материальных стимулов за участие в программах по профилактике.

► Разработать типовые программы по профилактике профессиональных заболеваний и профессионально-ассоциированных заболеваний на производстве (см. также задачу 33).

► Усилить роль работодателей в создании безопасных условий труда путем увеличения штрафов за их несоблюдение, создания публичной системы мониторинга и анализа условий труда на вредных производствах.

Задача 33

Создать условия для ведения здорового образа жизни граждан в РФ.

Механизмы

Эта программа включает 5 основных направлений: улучшение экологических условий, улучшение качества пищевых продуктов и рациональности питания населения; улучшение условий труда на производстве; создание условий для занятий спортом и актив-

ного отдыха; повышение ответственности населения за собственное здоровье.

► **Реализация Национального плана действий по гигиене окружающей среды должна включать следующие мероприятия:** усиление контроля и надзора за загрязнением окружающей среды; внедрение современных методов очистки воды, сточных вод и др.; строительство сооружений, осуществляющих высокоэффективную очистку выбросов в атмосферу, и контроль за их работой; переселение граждан, проживающих в санитарно-защитных зонах предприятий; расширение использования подземных вод; увеличение штрафов предприятиям и организациям, не соблюдающим экологические нормы. Совершенствование технологических процессов водоподготовки (очистки и обеззараживания) на водозаборах из открытых водоемов; приведение в надлежащее техническое состояние водопроводных и канализационных сетей; строительство современных мусороперерабатывающих заводов; внедрение современных способов утилизации и обеззараживания отходов, в том числе в медицинских учреждениях. Строгое выполнение нормативов по общей площади и расположению рекреационных зон городов и поселков.

► **План мероприятий по повышению качества питания населения должен включать:** обеспечение безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов — снижение риска отравлений вследствие пищевых инфекций, снижение риска распространения сальмонеллеза через пищевые продукты, снижение содержания пестицидов в пищевых продуктах, а также риска летальных исходов, связанных с пищевой аллергией, и др. Повышение доступности основных продуктов, необходимых для полноценного и рационального питания, путем развития агропромышленного комплекса, в том числе увеличение доступности фруктов и ненасыщенных жиров (растительных масел). Мониторинг питания населения и образование последнего в вопросах здорового питания (в частности, повышение потребления дошкольниками и школьниками свежих фруктов). Совершен-

ствование системы организации питания в детских дошкольных и школьных учреждениях. Повышение потребления населением растительных масел; пищевых продуктов, обогащенных витаминами (А, группы В, С, Д, Е, РР и т.д.) и микроэлементами (йод, железо, кальций и т.д.); пропаганда грудного вскармливания.

► **План мероприятий по повышению безопасности и охраны здоровья на производстве должен включать:** разработку и внедрение на предприятиях безопасных технологий; производство средств индивидуальной и коллективной защиты работников от вредных условий производства; совершенствование социально-трудовых отношений между работодателями и работниками, проведение оценки профессиональных рисков и управление ими; совершенствование государственной защиты работников, пострадавших от профессиональных заболеваний.

► **План мероприятий по развитию условий для активных занятий физической культурой и спортом должен предусматривать:** включение в градостроительные нормативы спортивных площадок и зон отдыха, велосипедных дорожек; введение налоговых льгот производителям продукции для массового отдыха и занятий спортом (например, производителям велосипедов) при одновременном внедрении системы ценорегулирования на эти товары. Введение налоговых льгот при строительстве учреждений для занятий спортом при одновременном внедрении системы ценорегулирования на их услуги.

► **План мероприятий по повышению ответственности населения за свое здоровье** (см. задачу 32).

Задача 34

Реализовать программу по борьбе с табакокурением.

Мероприятия программ по борьбе с алкоголизмом и табакокурением можно условно разбить на 3 блока: 1) ограничительные; 2) образовательно-просветительские; 3) меры по борьбе с уже имеющимися проявлениями алкоголизма и табакокурения.

Механизмы

► **Ограничительные:** выполнение РФ требований рамочной Конвенции по борьбе с табакокурением; отмена Технического регламента на табачную продукцию; повышение налогов на табачные изделия; ограничение мест и времени продажи табака (например, запрещение продажи табачных изделий рядом со школами, в уличных киосках, размещение в магазинах на стендах у касс); запрет рекламы табака; запрет курения в общественных местах и повышение мер административной ответственности по борьбе с табакокурением.

► **Образовательно-просветительские меры:** разработка и проведение комплексной антитабачной образовательно-информационной программы (через СМИ и образовательные учреждения), особенно для подростков и молодежи; расширение возможностей для занятий физической культурой и спортом, в первую очередь для детей, подростков и молодежи.

► **Меры по борьбе с уже имеющимися проявлениями табакокурения:** предоставление медико-социальных услуг лицам, страдающим табачной зависимостью; бесплатное обеспечение ЛС, направленными на снижение зависимости от табакокурения; совершенствование статистической отчетности с целью получения достоверных данных о смертности и заболеваемости, ассоциированных с табакокурением.

Задача 35

Реализовать программу по борьбе с избыточным потреблением алкоголя.

Механизмы

► **Ограничительные:** повышение акцизов на винно-водочные изделия; ограничение времени продажи алкогольных напитков (с 11 до 21 ч) и ограничение мест их продажи (не ближе 1 км от учебных заведений). Включение пива и алкогольсодержащих коктейлей в перечень регулируемых алкогольных напитков; повышение возраста граждан,

которым разрешено продавать алкоголь, до 24 лет. Повышение штрафов за невыполнение этих норм, а также за пребывание в общественных местах в нетрезвом виде и распитие спиртных напитков на улице, в общественных местах и транспорте; полное запрещение рекламы спиртных напитков. Ужесточение санкций за нелегальное производство и распространение алкоголя вплоть до конфискации имущества.

► **Образовательно-просветительские меры:** разработка специальной антиалкогольной рекламной кампании в СМИ; организация системы профилактики алкоголизма среди населения, особенно среди подростков и молодежи; расширение возможностей для занятий физической культурой и спортом, особенно для детей, подростков и молодежи.

► **Меры по борьбе с уже имеющимися проявлениями алкоголизма:** восстановление учреждений закрытого типа для алкоголиков с обязательным принудительным лечением от алкоголизма. Предоставление бесплатных медико-социальных услуг, в том числе реабилитационных, лицам, страдающим алкогольной зависимостью. Развитие наркологической службы; совершенствование статистической отчетности с целью получения достоверных данных о смертности и заболеваемости, ассоциированной с алкоголизмом. Обучение врачей первичного звена выявлению соматических проявлений алкоголизма.

Задача 36

Реализовать программу по борьбе с наркоманией.¹

¹ Наркомания относится к наркологическим расстройствам, в которые также включаются: синдром алкогольной зависимости, в том числе алкоголизм и алкогольные психозы; синдром зависимости от наркотиков (или наркомания, включая опийную, гашишную и иные формы зависимости); синдром зависимости от ненаркотических психоактивных веществ (или токсикомания), а также состояния злоупотребления наркотиками без симптомов зависимости.

Механизмы

► **Запретительные:** эти меры реализуются сегодня в РФ специальными организациями: Федеральной службой РФ по контролю за оборотом наркотиков (ФСНК) и Государственным антинаркотическим комитетом (ГАК) по борьбе с распространением наркотиков, которые обеспечивают реализацию (ФСНК) и координацию (ГАК) мер по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, проводимых органами государственной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, а также осуществляют подготовку предложений для Президента РФ. В этой работе также принимают участие Министерство внутренних дел РФ (МВД) и Федеральная служба безопасности РФ (ФСБ).

► **Образовательно-просветительские меры:** расширить мероприятия, направленные на массовую и индивидуальную профилактику наркомании среди целевых групп: школьников, молодежи, работников отдельных предприятий в регионах с высоким распространением наркомании и др. Направленность программ профилактики: формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие личности; формирование знаний и навыков по противодействию употреблению наркотиков; формирование мотивации к изменению дезадаптивных форм поведения; информирование о негативных последствиях потребления наркотиков; формирование стресс-адаптивного поведения и др.

Расширить объем подготовки и качество специалистов, занимающихся профилактикой наркомании.

Расширить сеть государственных медико-социальных учреждений (центров), занимающихся проведением профилактических программ среди групп риска, а также интегрировать в этом направлении работу с негосударственными организациями по борьбе с наркоманией, психиатрической и наркологической службой и общей сети АПУ.

Сделать обязательным в школах, средних учебных заведениях и вузах регулярное обучение вопросам о предупреждении наркомании.

► **Меры по борьбе с уже имеющимися проявлениями наркомании:** необходимо реализовать концепцию развития наркологической службы, которая должна предусматривать:

- добровольное обращение за помощью пациентов, страдающих наркологической зависимостью;

- расширение объема государственного финансирования профилактических, лечебных и реабилитационных услуг пациентам, страдающим наркоманией;

- участие МО всех форм собственности в реализации наркологической помощи;

- организацию в поликлиниках и центрах здоровья кабинетов по профилактике и лечению болезней зависимости;

- актуализацию программ повышения квалификации, должностных обязанностей и квалификационных требований к врачам-психиатрам, врачам-наркологами, медицинским психологам и психотерапевтам, которые оказывают наркологическую помощь;

- разработку современных стандартов (клинических рекомендаций) профилактики, лечения и реабилитации пациентов, страдающих наркоманией, а также табелей оснащения наркологических МО;

- усиление государственного контроля над качеством предоставления наркологической помощи населению, в том числе контроля над квалификацией специалистов-наркологов;

- актуализацию лицензионных требований и установление показателей качества работы наркологических МО;

- совершенствование статистической отчетности;

- финансирование НИОКР по разработке новых средств и методов терапии больных с наркотической зависимостью.

Задача 37

Усилить медицинскую профилактику заболеваний.

Механизмы

► **Усилить санитарно-просветительскую работу.** Каждый врач, работающий в амбулаторных условиях, должен иметь возможность заниматься санитарно-просветительской работой и профилактикой. Для этого необходимо: предусмотреть достаточное время и дополнительную оплату врачам за проведение профилактических бесед с пациентами, подготовку и проведение лекций для пациентов. Распространить специальные брошюры по пропаганде здорового образа жизни, разработанные совместно с профессиональными обществами. Предусмотреть раздел в Национальной электронной медицинской библиотеке по медико-санитарному просвещению населения и обеспечить бесплатный доступ населения к этому разделу. Проводить (совместно с фондами ОМС и СМО) специальные программы по профилактике первичной и вторичной заболеваемости населения, в том числе с использованием специально обученных тренеров по телефону (программы по управлению факторами риска и программы по управлению хроническими заболеваниями и др.). Организовать программы профилактических осмотров и диспансеризации населения на основе принципов доказательной медицины и предусмотреть меры по дальнейшему оздоровлению населения. Ввести в системе ОМС обязательный учет граждан, которым необходимо проведение тех или иных скрининговых исследований и систему напоминаний им о необходимости прохождения этих обследований. Обучать население методам самоконтроля состояния здоровья и самооздоровления.

► **Усилить меры по профилактике профессиональных заболеваний** (см. задачу 14).

► **Усилить меры по профилактике и лечению социально значимых заболеваний** (см. задачу 20). Для этого необходимо: проводить инфор-

мационную кампанию по их профилактике в электронных и печатных СМИ. Совершенствовать санитарно-эпидемиологический надзор в части передачи и распространения ВИЧ/СПИД; разрабатывать информационные материалы по вопросам профилактики, диагностики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции. Обеспечить круглосуточную деятельность бесплатной горячей линии по вопросам ВИЧ/СПИД, в том числе с возможностью получения sms-ответов на мобильный телефон.

► **Усилить меры по вакцинации от инфекционных заболеваний.** Для этого необходимо: проводить санитарно-просветительскую работу среди населения о мерах профилактики инфекций, управляемых средствами специфической профилактики (создание видеоклипов, буклетов, тиражирование национального календаря профилактических прививок и т.п.). Расширить в рамках ПГГ вакцинацию определенным категориям населения.

Задача 38

Совершенствовать систему санитарно-эпидемиологического надзора в РФ.

Механизмы

► Разработать и внедрить административные регламенты деятельности Роспотребнадзора.

► Разработать и утвердить новый государственный образовательный стандарт по специальности «медико-профилактическое дело»; разработать современные образовательно-методические материалы для повышения квалификации кадров, создать электронную образовательную библиотеку для повышения квалификации сотрудников службы.

► Гармонизировать нормативно-методическую базу Роспотребнадзора в соответствии с международными требованиями, совершенствовать взаимодействие по вопросам охраны здоровья с ВОЗ, ЮНИСЕФ, ФАО, странами СНГ и ШОС.

► Разработать НИОКР по наиболее актуальным направлениям: методы гигиенической оценки риска влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье человека, профилактика неинфекционных заболеваний; новые методы оптимизации технологии санитарного надзора и др.

Задача 39

Обеспечить интеграцию и координацию управления программой по охране здоровья населения.

Механизмы

► На федеральном уровне Минздравсоцразвития РФ и Роспотребнадзор должны совместно осуществлять разработку, организацию и координацию программ, а также их методическое сопровождение.

► На региональном уровне необходимо выделить ответственных за координацию этой работы в региональных органах управления здравоохранением, в том числе в региональных центрах Роспотребнадзора.

► На муниципальном уровне необходимо выделить ответственных в муниципальных органах управления здравоохранением или в органах управления муниципалитетами.

► Предусмотреть увеличение финансирования на реализацию этих программ в федеральном бюджете РФ до уровня не менее 7,5% от общих государственных расходов на здравоохранение, в том числе предусмотреть соответствующие расходы в бюджетах субъектов РФ и в ведомствах.

► Установить для каждого субъекта РФ целевые показатели по охране здоровья населения и обеспечить контроль и мониторинг их выполнения на федеральном уровне. Полученные результаты в достижении запланированных показателей обсуждать публично.

Трудно, не означает невозможно.

С.Д. Довлатов¹

РАЗДЕЛ 9

Порядок реализации Стратегии

9.1. Особенности реализации Стратегии в период экономического кризиса

9.1.1. Факторы, влияющие на политику здравоохранения в период экономического кризиса

В период кризиса возрастает потребление медицинской помощи. Причин тому несколько. Одна из них — увеличение числа оставшихся без работы, а также пациентов с психологическими проблемами (стресс, депрессия) и обострением хронических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.). Также следует ожидать увеличения числа пациентов с алкогольной зависимостью, алкогольными отравлениями и травмами, полученными в состоянии алкогольного опьянения. Система здравоохранения должна быть готова к ожидаемому увеличению нагрузки.

В период кризиса возможность населения оплачивать медицинские услуги из личных средств, а предприятий — делать взносы в систему ДМС значительно уменьшается. Это означает, что для большинства

¹ С.Д. Довлатов (1941–1990) — русский писатель и журналист.

населения доступность медицинской помощи существенно снизится. В этих условиях особенно актуально увеличение государственного финансирования здравоохранения.

Состояние и настрой медицинских работников определяют и настрой многочисленных пациентов — всего к медицинским работникам обращаются 151 млн граждан в год. Во многих административных районах страны больницы являются единственными крупными работодателями и бюджетообразующими учреждениями. Это также необходимо иметь в виду при формировании политики здравоохранения, т.е. заработная плата врачей не должна уменьшаться, более того, должно произойти ее увеличение.

Самое главное — политика здравоохранения, начатая Президентом РФ и Правительством РФ, и направленная на увеличение финансирования и повышения эффективности деятельности системы здравоохранения, не должна быть отложена ни на день! Любое промедление с преобразованиями в здравоохранении грозит ухудшением здоровья населения, снижением темпов развития экономики и возникновением политической и социальной нестабильности в стране (см. раздел 10). Действовать надо смело, компетентно и системно.

9.1.2. Направления реализации Стратегии в период экономического кризиса

В этот период необходимо: 1) вкладывать средства только в экономически эффективные меры, а не в закупку дорогостоящего оборудования и капитальное строительство; 2) способствовать занятости населения РФ; 3) установить контроль над издержками; 4) принять Стратегию развития здравоохранения.

1) **К экономически эффективным** в здравоохранении относятся следующие вложения:

► **В повышение квалификации медицинских кадров.** Для этого необходимо обеспечить доступ медицинских работников к высококачественным справочным и образовательным материалам по

диагностике и лечению заболеваний путем создания и обновления медицинских библиотек в субъектах РФ и в крупных ЛПУ, оснащения рабочих мест врачей электронными системами поддержки принятия клинических решений. Необходимо оснастить крупные больницы и вузы средствами для дистанционного обучения. Разработать и запустить Национальную электронную медицинскую библиотеку (с интерактивными возможностями и форумами), ресурсы которой были бы бесплатно доступны медицинским работникам. Предусмотреть средства на повышение квалификации врачей и медицинских сестер для поездок на конференции, стажировки. Одновременно необходимо ввести систему контроля качества работы медицинских работников и создать мотивационные стимулы к непрерывному повышению квалификации.

► **В поддержку системы медицинского образования и медицинской науки;** для этого необходимо увеличить стипендии студентам и курсантам, а также заработные платы профессорско-преподавательскому составу; улучшить материально-техническое и информационное обеспечение вузов, в том числе предусмотреть средства для организации дистанционного преподавания. Предусмотреть гранты для НИИ и кафедр медицинских вузов для разработки самых актуальных научных тем, в том числе по реализации Стратегии.

► **В профилактику заболеваний,** в том числе в медико-санитарное просвещение и пропаганду здорового образа жизни. В 2009 г. программой Правительства РФ предусмотрено создание центров профилактики в субъектах РФ¹. Работа этих центров не должна дублировать работу участковых врачей-терапевтов², а предусматривать

¹ Приказ Минздравсоцразвития России № 597н от 25.10.09 г.

² Следует отметить, что оснащение за счет федеральных средств 502 центров профилактики дорогостоящим оборудованием по оценке состояния здоровья пациентов в условиях ограничения финансовых ресурсов не оправдано, так как такую оценку можно провести путем простого измерения веса, роста и артериального давления пациента (причем сделать это может и средний медицинский работник)

мероприятия, действительно доказавшие свою эффективность. Например, информационная пропаганда здорового образа жизни и оснащение этих центров высококачественными материалами по медико-санитарному просвещению. Деятельность центров профилактики должна быть взаимосогласована и интегрирована в комплексные программы по повышению приверженности населения здоровому образу жизни и финансироваться из отдельных источников, а не из средств ОМС как это предусмотрено сегодня (см. задачи 31–39).

На портале Минздравсоцразвития РФ должны быть бесплатно доступны высококачественные материалы по медико-санитарному просвещению. Каждый врач в беседе с пациентом должен иметь возможность предоставить ему печатную информацию или указать на источник информации по здоровому образу жизни или образу жизни при хроническом заболевании. Для пропаганды здорового образа жизни в школах, вузах и на производстве должны быть подготовлены специальные работники из числа выпускников школ или безработных, которые не могли трудоустроиться или продолжить учебу. Эта мера дополнительно будет способствовать занятости населения и может быть финансирована из средств, направленных в субъекты РФ на содействие занятости населения.

► **В дальнейшее развитие ПМСП.** Здесь усилия должны быть направлены на увеличение доступности этого вида помощи населению трудоспособного возраста. Реализовать это можно путем воссоздания, например, кабинетов здоровья и цеховых врачебных участков на производстве (см. задачу 14).

► **В увеличение обеспечения населения ЛС** в амбулаторных условиях. В этом направлении необходимо предусмотреть систему обязательного лекарственного страхования населения в рамках ОМС (с софинансированием со стороны населения). И в качестве первоочередной меры обеспечить ЛС пациентов трудоспособного возраста, например, страдающих заболеваниями системы кровообращения (см. задачу 15).

2) В период кризиса необходимо **способствовать занятости населения**.

Путь к этому — создание новых рабочих мест, востребованных в здравоохранении, увеличение мест в интернатуре, ординатуре, аспирантуре и медицинских вузах для обучения студентов. Система здравоохранения и социальной помощи нуждается в медико-социальных работниках, которые бы осуществляли уход за престарелыми на дому и в стационарных условиях, особенно в сельской местности. Подготовка таких работников (как и тренеров по здоровому образу жизни) может быть осуществлена в рамках программ переподготовки и обучения новым специальностям по программам содействия занятости. Необходимы дополнительные кадры и в амбулаторно-поликлиническом звене, например помощники-секретари врачей, которые бы снимали излишнюю нагрузку по документообороту с врача. Таких помощников можно подготовить на специальных курсах из числа выпускников школ и вузов, которые не смогли трудоустроиться.

3) В части **установления контроля над издержками** в здравоохранении необходимо:

► **Разработать показатели**, по которым можно оценивать эффективность использования средств в здравоохранении, и проанализировать отчеты субъектов РФ по ним. К таким показателям могут быть отнесены: эффективность использования оборудования, доля расходов на ЖКХ (с учетом региональных тарифов), наличие тепло- и энергосберегающих технологий в учреждениях здравоохранения, обоснованность госпитализаций в стационар и др.

► **Ввести регулирование и контроль цен над закупками ЛС**, дорогостоящего оборудования, расходных материалов. Создать условия, при которых недопустимо производить закупки за государственный счет по ценам, превышающим зарубежные (с учетом таможенных тарифов и доставки), и установить предельные цены на ЛС и медицинское оборудование.

▶ **Усилить контроль за тепло- и энергосбережением** в государственных и муниципальных медицинских организациях (средства на ремонт и установку необходимого оборудования выделять целевым способом).

▶ **Усилить координацию медицинской помощи** путем соблюдения требования направления в стационар и к специалисту только по направлению ВОП и участковых врачей.

▶ **Усилить контроль КПМ** по следующим критериям: повторные госпитализации в течение 30 дней, инфекционные осложнения и внутрибольничная летальность; предусмотреть меры по их устранению.

▶ Разработать программы по переоборудованию излишних площадей медицинских учреждений под учреждения медико-социальной помощи, учреждения долечивания и восстановительного лечения, в том числе предусмотреть развитие службы по уходу за престарелыми и инвалидами на дому.

4) Невзирая на кризис, необходимо срочно разработать и **Принять «Стратегию развития здравоохранения РФ до 2020 г.»**. В том числе разработать региональные Стратегии развития здравоохранения с конкретными мероприятиями, сроками их исполнения, ответственными лицами и показателями для контроля. Для реализации Стратегии необходимо подготовить проекты нормативных и методических документов.

9.2. Порядок обсуждения Стратегии

В целях обсуждения Стратегии необходимо разъяснить основные ее положения заинтересованным сторонам, провести с ними предварительные консультации и обсуждения; в результате все они должны стать союзниками. Среди **заинтересованных** сторон должны быть:

— ключевые опинион-лидеры по медицинским специальностям и главные внештатные специалисты Минздравсоцразвития России;

- Российская академия медицинских наук (РАМН);
- комитет Государственной Думы РФ по охране здоровья и совет партии «Единая Россия»;
- комитет по здравоохранению Общественной палаты РФ;
- директора крупных НИИ;
- ректоры медицинских вузов и Совет ректоров медицинских вузов;
- профессиональные медицинские общества;
- представители крупных фармацевтических компаний;
- объединения частных предпринимателей (РСПП);
- эксперты ВОЗ;
- заинтересованные ведомства: Минэкономразвития России, Минфин России, Минобрнауки России, ФАС РФ;
- объединения пациентов.

Внести обоснованные дополнения от заинтересованных сторон, после чего провести Форум работников здравоохранения под патронажем Минздравсоцразвития России, на котором окончательно обсудить Стратегию и одобрить ее основные положения. После этого представить Стратегию в Правительство РФ.

Провести массовую кампанию в СМИ по разъяснению основных положений Стратегии для населения и всех заинтересованных сторон, открыть «горячую линию» по вопросам и ответам.

При обсуждении с заинтересованными ведомствами и другими сторонами необходимо предвидеть их доводы и иметь аргументированные ответы на них. Ниже представлен анализ возможных **доводов оппонентов Стратегии и аргументы в защиту основных ее положений.**

► **Минфин России.**

Доводы оппонентов: в бюджете недостаточно финансовых средств для увеличения финансирования здравоохранения.

Аргументы: здравоохранение было недофинансировано в течение 20 лет, что привело к резкому ухудшению показателей здоровья на-

селения. Экономический рост невозможен без улучшения здоровья населения. Эффективность вложений в здравоохранение составляет 200% (см. раздел 10).

► **Минэкономразвития России, РСПП, работодатели.**

Доводы оппонентов: увеличение финансирования здравоохранения потребует повышения налогов и страховых взносов, что затормозит развитие экономики.

Аргументы: во-первых, улучшение здоровья населения (реализуемое через увеличение вложений и повышение эффективности деятельности государственной системы здравоохранения) является мощным фактором развития экономики. Более того, без улучшения здоровья населения в России добиться экономического роста будет невозможно (см. раздел 10). Во-вторых, за рубежом работник и работодатель отчисляют в систему солидарного обязательного страхования совместно не менее 13–15% от ФОТ (в РФ — 3,1% от ФОТ, с 2011 г. — 5,1%), при этом государственная система здравоохранения еще финансируется дополнительно из налогов. В-третьих, пополнение государственных расходов на здравоохранение можно обеспечить не только путем увеличения ставки налогов и взносов, но и за счет установления прогрессивной шкалы налогов и взносов и расширения базы для их отчислений — не только с заработной платы, но и других доходов (дивидендов, наследства и др.).

С работодателями также необходимо провести массовую разъяснительную работу о пользе улучшения здоровья их работников. Необходимо пояснить им, что непроизводительный труд, преждевременный выход работника на пенсию или его смерть — это потери их прибыли, поскольку в преобладающем большинстве случаев сверхсмертность приходится на уже обученный, квалифицированный персонал в возрасте 40–60 лет. Необходимо привести примеры развитых стран, где работодатели активно развивают производственную медицину — организуют центры профилактики, приближают первичную медицинскую помощь к работникам за счет организации врачебных кабинетов

на производстве, создают условия для ведения здорового образа жизни (см. раздел 5.19).

► **Частные поставщики медицинских услуг.**

Доводы оппонентов: необходимо увеличить объем государственно-го задания и предоставить налоговые послабления.

Аргументы: стратегия предусматривает равное участие учреждений всех форм собственности в реализации государственного задания по единым фиксированным государственным тарифам. Главным мерилom участия в реализации ПГГ частных поставщиков медицинских услуг будет качество их услуг и исполнение других договорных обязательств (см. задачу 26). Что касается налоговых послаблений, то развитие частной медицины является делом частных предпринимателей, которые организуют его на свой страх и риск. Участие в реализации социального заказа не может быть основанием для налоговых послаблений, так как частных организаций, участвующих в исполнении социально значимых услуг, достаточно много во всех экономических отраслях, и такие послабления всем им могут уменьшить поступления в бюджет РФ. Более того, предложения со стороны частных поставщиков не являются единственными на рынке медицинских услуг — основной заказ выполняют медицинские организации, находящиеся в государственной и муниципальной собственности (см. разделы 4.2.4 и 5.17).

► **Частные страховые компании.**

Доводы оппонентов: необходимо создать условия для развития добровольного медицинского страхования в РФ, в том числе предусмотреть налоговые послабления для работодателей по взносам в систему ДМС. В РФ есть средний класс, готовый платить за ДМС как альтернативу ОМС.

Аргументы: суть предлагаемых автором реформ — восстановить принцип солидарности и равенства в оказании медицинской помощи, т.е. создать равные возможности для получения качествен-

ной медицинской помощи всем нуждающимся, независимо от их доходов. Этот общегосударственный подход будет реализован путем создания качественной системы медицинского обслуживания, финансируемой из солидарных источников. Поскольку развитие ДМС в России преимущественно связано с взносами крупных корпоративных клиентов, соответствующие этим предприятиям служащие имеют возможность получить более качественную медицинскую помощь и в лучших условиях, чем другие категории населения. Этот факт сам по себе положительный, но целиком и полностью является усмотрением крупных работодателей и зависит от их финансовых возможностей. И, как уже обсуждалась ранее (см. разделы 4.2.4, 5.17 и 6.3), не должен сопровождаться ни налоговыми послаблениями, ни возвратом части взносов из солидарной системы медицинского страхования (как это происходит в РФ сегодня), так как при этом уменьшается объем средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи большинству населения.

Вместе с тем настоящая Стратегия предусматривает поле для развития ДМС как дополнительного, т.е. страхования услуг, не вошедших в ПГГ, или страхования фиксированных доплат (соплатежей) населения из личных средств при оказании медицинской помощи по ПГГ (если будет принято соответствующее решение).

Что касается того, что средний класс готов платить за ДМС, то численность населения, имеющего доходы свыше 25 тыс. руб. в месяц (с этих доходов реально можно было бы заплатить взносы в систему ДМС), составила в 2007 г. только 14%. Поэтому в Стратегии и предложено создание качественной и эффективной системы здравоохранения для всех граждан, финансируемой из единого солидарного источника — ОМС, в который поступают и страховые взносы и средства федерального бюджета.

► **Исполнительная власть субъектов РФ.**

Доводы оппонентов: богатые субъекты могут выразить недовольство перераспределением ресурсов от них к бедным регионам. Определен-

ные возражения могут вызвать предложения по усилению административной отчетности региональных органов управления здравоохранением перед федеральным центром и централизации планирования развития инфраструктуры медицинских учреждений, в том числе закупки дорогостоящего оборудования.

Аргументы: следует понимать, что богатство одних субъектов РФ по сравнению с другими обусловлено использованием доходов от природных ресурсов и эксплуатации промышленных предприятий, созданных в советское время, т.е. принадлежащих всему народу или созданных ранее усилиями всех жителей России.

Жители бедных субъектов РФ не могут быть обречены на прозябание только потому, что на их территории не оказалось доходных природных ресурсов и крупных промышленных предприятий, продукция которых востребована на нынешнем российском и международных рынках. Именно поэтому одно из основных положений Стратегии — это создание равных условий для реализации ПГГ во всех субъектах РФ путем справедливого перераспределения средств. Что касается централизации управления и планирования, то без этих мер реализация Стратегии представляется нереалистичной.

► **Фармацевтические компании и производители медицинской техники.**

Все оппоненты будут активно лоббировать продвижение своих продуктов на рынок (см. раздел 4) и частично сопротивляться регулированию цен на продукцию.

Аргументы: все вопросы Стратегии будут решаться исходя из общегосударственных интересов и справедливого распределения ограниченных ресурсов здравоохранения между различными категориями населения (т.е. эффективного рационирования), чтобы не получилось, что одни категории населения (пациентов) имеют большую долю государственных ресурсов здравоохранения по сравнению с другими. Так, например, произошло сегодня с лекарственным обеспечением населения в амбулаторных условиях за счет государственных средств (см. раздел 5.20.1). В 2007 г. по программе

«7 нозологий» на обеспечение 50 тыс. человек предусмотрено 43 млрд руб., а по программе ОНЛС (ДЛО) на 6 млн граждан, имеющих право на меры социальной поддержки, расходуется только 49,8 млрд руб., а на остальных 136 млн граждан РФ — ничего. Вместе с тем в РФ ежегодно умирают 500 тыс. мужчин трудоспособного возраста, из них половина — от болезней системы кровообращения. И эти смерти можно было бы предотвратить, в том числе путем применения ЛС в амбулаторных условиях. Чтобы избежать таких перекосов и для проведения эффективного рационирования Стратегией предусмотрено создание комиссии (центра) по комплексной оценке медицинских технологий.

Регулирование цен необходимо, так как этот механизм снижает непроизводительные издержки и риски коррупции в здравоохранении, а также увеличивает доступность ЛС для населения. Вводить регулирование необходимо поэтапно, с использованием опыта развитых стран.

► **Руководители учреждений здравоохранения.**

Доводы оппонентов: главные врачи государственных и муниципальных учреждений могут возражать против устранения платных медицинских услуг и перевода этих учреждений в автономную форму или реорганизации в некоммерческие организации.

Аргументы: вместо нерегулируемых платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях Стратегией предусматриваются увеличение тарифов по ОМС и замена платных услуг на соплатежи или фиксированные доплаты населения из личных средств в момент оказания медицинской помощи (например, доплата за визит к врачу, за пребывание в течение одного дня в стационаре и др.).

► **Руководители крупных клинических НИИ и опинион-лидеры.**

Доводы оппонентов: ведущие клиницисты страны являются сильными лоббистами закупки нового дорогостоящего оборудования и дорогостоящих ЛС.

Аргументы: с одной стороны, для РФ очень важно продвижение высокоэффективных и современных медицинских технологий, с другой — этот процесс должен быть сбалансирован с имеющимися финансовыми ресурсами на ПГГ. При принятии решения о применении тех или иных новых медицинских технологий за государственный счет должна быть учтена их клиническая и экономическая эффективность.

► **Медицинские работники.**

Доводы оппонентов: медицинские работники государственных и муниципальных учреждений могут быть недовольны усилением контроля над платными медицинскими услугами и над КМП.

Аргументы: компенсация выпадающих доходов медицинских работников — это предусмотренные Стратегией увеличение оплаты их труда, развитие института профессионального страхования и повышение престижа профессии. Контроль КМП позволит получить объективные показатели, на основании которых может быть создана прозрачная система дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

► **Объединения пациентов.**

Доводы оппонентов: активные ассоциации пациентов могут интенсивно лоббировать интересы своих членов.

Аргументы: стратегия предусматривает справедливое и равное распределение общественных средств между всеми нуждающимися в медицинской помощи. Население должно понимать, что общественные ресурсы на здравоохранение ограничены, а многие ЛС и медицинские услуги очень дороги.

Поэтому перераспределение общественных ресурсов не может происходить в пользу одной из групп населения только на основании более сильных лоббистских возможностей этой группы, так как это всегда означает ущерб для какой-либо другой группы пациентов.

9.3. Этапы и порядок реализации Стратегии

9.3.1. Этапы

I этап: 2009–2011 гг. На этом этапе должны быть разработаны детальные планы реализации Стратегии развития здравоохранения РФ, разработаны региональные Стратегии и федеральная нормативно-правовая база. С 2010 г. необходимо приступить к реализации Стратегии с учетом особенностей периода экономического кризиса (см. раздел 9.1), акцент должен быть сделан на повышении квалификации медицинских кадров и развитии системы непрерывного медицинского образования; на профилактике заболеваний; на развитии ПМСП, на улучшении лекарственного обеспечения населения и снижении непроизводительных издержек.

II этап: 2012–2015 гг. На этом этапе должна быть завершена модернизация системы финансирования и управления системой здравоохранения; уровень государственного финансирования должен достигнуть 6% ВВП. Должна быть создана система обеспечения государством всему населению расходов на необходимые ЛС в амбулаторных условиях (система обязательного лекарственного страхования населения); реализовываться все основные направления Стратегии; проводиться анализ полученных результатов и корректировка планов с учетом этих результатов.

III этап: 2016–2020 гг. На этом этапе должна быть восстановлена система организации медицинской помощи; государственные и муниципальные учреждения (отобранные по плану) преобразованы в некоммерческие организации или автономные учреждения; созданы основы службы длительного ухода. Должна продолжаться активная реализация всех направлений Стратегии, проводятся анализ полученных результатов и корректировка планов с учетом этих результатов.

9.3.2. Порядок реализации

В целях реализации Стратегии необходимо:

► Создать на постоянной основе **комиссию по мониторингу** реализации Стратегии в Минздравсоцразвития России под руководством

курирующего заместителя министра с режимом заседаний Комиссии — 1 раз в 2 нед. На заседаниях будут заслушиваться отчеты руководителей подкомиссий; на них необходимо поочередно приглашать руководителей региональных органов управления здравоохранением.

► Организовать **подкомиссии (рабочие группы)**, в задачи которых на I этапе реализации Стратегии будет входить организация разработки конкретных планов реализации, индикаторов для мониторинга Стратегии, правовых и методических документов. Режим заседаний этих подкомиссий — 1 раз в неделю (по субботам). На II этапе подкомиссии должны осуществлять контроль и мониторинг реализации Стратегии в регионах и проводить обсуждение результатов 1 раз в месяц. Необходимо также проводить выездные заседания для контроля реализации Стратегии и разрешения возникающих проблем. Для разработки конкретных вопросов подкомиссии могут организовывать рабочие группы во главе с руководителем профильного департамента министерства. В состав этих рабочих групп должны входить представители всех заинтересованных сторон, ведущие эксперты и представители субъектов РФ, наиболее опытные в данном вопросе.

► В субъектах РФ руководители региональных органов управления здравоохранением должны создать (и возглавить) **комиссию и рабочие группы** по реализации основных направлений Стратегии.

► На базе пресс-службы Минздравсоцразвития РФ создается **информационный центр по реализации Стратегии**. В задачи этого центра входят контакты с прессой, организация выступлений руководства министерства и ключевых экспертов в СМИ, организация «горячей линии» для связи с населением.

9.4. Управление рисками реализации Стратегии

При реализации Стратегии могут возникнуть риски, которые необходимо предвидеть и иметь набор инструментов для их нивелирования. Ниже перечислены самые серьезные риски, которые могут возникнуть при реализации основных положений Стратегии.

► Одним из серьезных рисков при организации одноканального финансирования может стать нехватка средств в системе ОМС на оплату основных видов медицинской помощи и всех статей тарифа на медицинскую услугу (не только 5 статей, как это сложилось сегодня). Поэтому необходимо предусмотреть нормирование отчислений из субъектов РФ на медицинскую помощь, в том числе установить минимальный размер взноса на неработающее население. Необходимо принять меры, которые не допустят снижения объема средств, направляемых ранее субъектами РФ и муниципалитетами на финансирование здравоохранения, и предусмотреть резервные средства в бюджете РФ. Также необходимо установить жесткий контроль над непроизводительными издержками в системе как финансового обеспечения, так и предоставления медицинских услуг. Систему одноканального финансирования необходимо вводить поэтапно, например финансирование высокотехнологичных видов медицинской помощи и лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях не должны включаться в структуру тарифа и должны быть представлены отдельной статьей расхода.

► При отмене платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения может возникнуть недостаток средств, что способно привести к временному снижению доступности стационарной медицинской помощи пациентам и снижению заработной платы медицинских работников. Поэтому платные медицинские услуги необходимо выводить из обращения поэтапно, с одновременным замещением их средствами из системы ОМС.

► Даже при объявлении жесткого контроля над неофициальными платежами в некоторых случаях может сохраниться практика их применения. Поэтому необходимы разъяснительная работа и с пациентами, и с медицинскими работниками, а также проведение контрольных проверок СМО и надзорными органами.

► Неудовлетворительная квалификация управленческих кадров может стать тормозом на пути реализации Стратегии. Для устране-

ния этого риска необходимы: организация систематического обучения руководителей всех уровней; краткие стажировки за рубежом; привлечение зарубежных экспертов для чтения лекций; подготовка современной специальной методической и образовательной литературы; внедрение дистанционных форм обучения. Также необходимо актуализировать программы обучения управленческого персонала, наладить систему анализа и распространения лучшего опыта регионов, создать форум в сети Интернет для консультации управленцев.

► **Риск неэффективного управления государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения при переходе в другие некоммерческие формы**, в том числе банкротство и приватизация этих учреждений (см. задачу 26). Для повышения квалификации управленческого персонала в изменившихся условиях необходимо подготовить специальную методическую и образовательную литературу, регулярно проводить курсы повышения квалификации. При разработке законопроекта «О некоммерческих организациях в здравоохранении» необходимо предусмотреть, что банкротство и приватизация медицинской организации не должны повлечь за собой снижение доступности медицинской помощи населению, проживающему на близлежащей территории (достигается путем сохранения субсидиарной ответственности собственника). Необходимо предусмотреть возможность общественного контроля за деятельностью преобразованных учреждений.

► **Невозможность укомплектовать первичное звено здравоохранения медицинскими кадрами**. Для решения этой проблемы можно организовать ставки помощников-секретарей врачей, предусмотреть подготовку младших и патронажных медицинских сестер, медико-социальных работников, которые вместе с участковыми врачами и ВОП смогли бы организовать адекватную помощь прикрепленному населению в ситуации нехватки врачей первичного контакта. Также необходимо предусмотреть дополнительные стимулы и

меры для обеспечения перехода врачей-специалистов в участковые врачи и ВОП.

► При введении новых форм некоммерческих организаций в здравоохранении у руководителей этих организаций может возникнуть соблазн в дополнение к исполнению государственного заказа увеличить объем платных услуг, заключать договора на большие объемы медицинской помощи по ДМС и развивать новые направления услуг, что косвенно может привести к оттоку кадров и материально-технических ресурсов в ущерб государственному заказу и снижению объемов помощи по основному виду деятельности (см. задачи 26 и 27). Для нивелирования этого риска при заключении контракта на исполнение услуг по ПГГ в нем должны быть четко прописаны объемы и качество медицинской помощи (квоты), а СМО должна организовать жесткий контроль их исполнения. Договоры должны носить долгосрочный характер (например, на 3 года). Что касается развития дополнительных видов услуг и развертывания новых мощностей (например, за счет собственных оборотных средств организации), эта деятельность на территории субъекта РФ должна координироваться и планироваться по утвержденному плану и с разрешения регионального органа управления здравоохранением.

*Область медицины обширна, как сама жизнь,
неправильности которой вызывают болезни.*

Г.А. Захарьин¹

РАЗДЕЛ 10

Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты

10.1. Обоснование ключевой роли здравоохранения в достижении экономического роста

В предшествующих разделах показано, что улучшение здоровья населения можно достичь только путем увеличения финансирования и повышения эффективности деятельности системы здравоохранения, а также реализации межведомственных программ по охране здоровья населения. В данном разделе доказывается, что улучшение здоровья населения (опосредованное через систему здравоохранения) является фактором, способствующим развитию экономики, обеспечению национальной безопасности, социальной и политической стабильности в стране, а также является высокорентабельным для государства с точки зрения финансовых вложений.

Влияние здравоохранения на экономическое развитие реализуется как напрямую, так и опосредованно, например, через улучшение социальных показателей.

Прямой вклад в экономику складывается из следующих составляющих: снижение смертности трудоспособного населения, снижение

¹ Григорий Антонович Захарьин (1829–1897) — выдающийся русский врач-терапевт.

числа дней нетрудоспособности и продление трудоспособного возраста населения.

Снижение смертности трудоспособного населения. По данным Росстата, трудоспособное население РФ составляет 90 млн чел., из них занимающихся активной трудовой деятельностью — 75 млн. Для расчетов был выбран показатель общего числа лиц трудоспособного возраста. Способ расчета с использованием числа лиц, активно занимающихся трудовой деятельностью, даст близкие результаты. Каждый трудоспособный человек вносит вклад в ВВП страны, который можно оценить количественно в зависимости от значения ВВП в данный год. Например, в 2008 г. стоимость вклада одного человека трудоспособного возраста, оцененная по вкладу в ВВП за этот год, составила 461 тыс. руб. (41,5 трлн руб. : 90 млн человек трудоспособного возраста).

Если снизить коэффициент смертности трудоспособного населения с 2008 по 2020 г. в 2 раза, то сохранятся жизни 2 млн человек. Дополнительный вклад в ВВП этих людей за указанный период суммарно составит 1,059 трлн руб. (рис. 53).

Методика расчета¹: если смертность трудоспособного населения поэтапно с 2008 по 2020 г. включительно сократить с 622 тыс. человек в год до 311 тыс. человек в год, т.е. в 2 раза, или примерно до уровня 1960 г. (на 1000 человек трудоспособного возраста в 1960 г. умирали 3,8 человека, в 2007 г. — 7,0), то можно сохранить жизни 2 млн человек трудоспособного возраста. Каждый человек из этой сохраненной когорты внесет дополнительный вклад в ВВП, который можно рассчитать как разницу между вариантом потерь ВВП, если смертность трудоспособного населения сохранится до 2020 г. на прежнем уровне — 622 тыс. чел. в год (I вариант) и вариантом при поэтапном снижении смертности до 311 тыс. человек в год к 2020 г. (II вариант). Разница между двумя вариантами и будет равна дополнительному вкладу в ВВП за счет сохранения жизней 2 млн человек трудоспособного возраста. Также можно посчитать этот дополнительный вклад

¹ Приведенная здесь и далее методика расчета позволяет сделать оценки с точностью $\pm 10\text{--}15\%$.

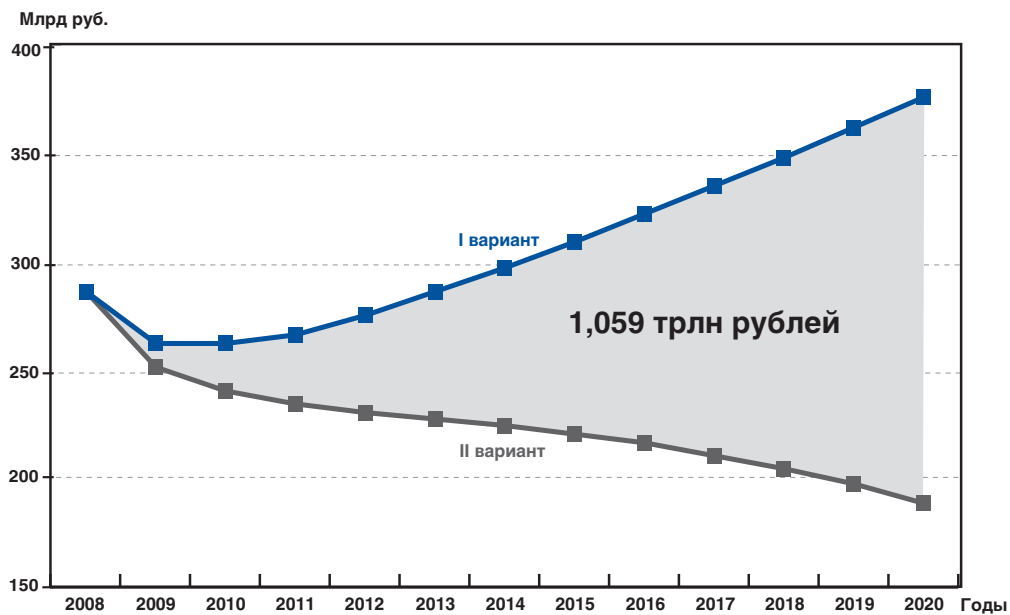


Рис. 53. Динамика потерь ВВП по 2 вариантам динамики числа умерших в трудоспособном возрасте

по формуле: (средний ежегодный прирост сохраненных жизней за 13 лет — 160 тыс. человек) × (средняя стоимость жизни трудоспособного человека в год, оцененная по среднему значению ВВП за этот период — 500 тыс. руб.) × 13 лет. Динамика изменения ВВП РФ рассчитана следующим образом: 2008 г. — 41,5 трлн руб.; в 2009 г. — падение на 8,5% от уровня 2008 г.; в 2010 г. — сохранение на уровне 2009 г.; в 2011 г. — рост на 2% по отношению к 2010 г.; в 2012 г. — рост на 3%, далее рост на 4% ежегодно по отношению к предыдущему году, как и предусмотрено в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ. Все расчеты проведены в ценах 2008 г. Численность трудоспособного населения принята за константу — 90 млн человек.

Снижение числа дней нетрудоспособности. Снижения числа дней нетрудоспособности можно достичь путем уменьшения заболеваемости. Это также позволит внести прямой вклад в ВВП страны, который можно измерить количественно, исходя из стоимости 1 тру-

дового дня, оцененного по ВВП. Например, в 2008 г. 1 день нетрудоспособности, оцененный по вкладу в ВВП, стоил 1,8 тыс. руб. (41,5 трлн руб. : 22,5 млрд рабочих дней в год, произведенных всем работоспособным населением).

Снижение числа дней нетрудоспособности в период с 2008 по 2020 г. на 25% (т.е. с 361 млн дней до 270 млн дней в год) даст дополнительный доход в ВВП в размере 1,215 трлн руб. за этот период и 2,9% ВВП 2008 г. (рис. 54).

Методика расчета: на рис. 54 представлен прогноз потерь в ВВП в зависимости от числа дней нетрудоспособности. Верхняя кривая (I вариант) — потери из-за временной нетрудоспособности работников из расчета, что количество дней нетрудоспособности останется на уровне 2008 г. (361 млн дней в год). Нижняя кривая (II вариант) — потери из-за временной нетрудоспособности из расчета, что количество дней нетрудоспособности снизится к 2020 г. на 25% по отношению к уровню 2007 г. (до 270 млн дней в год). Стоимость 1 дня

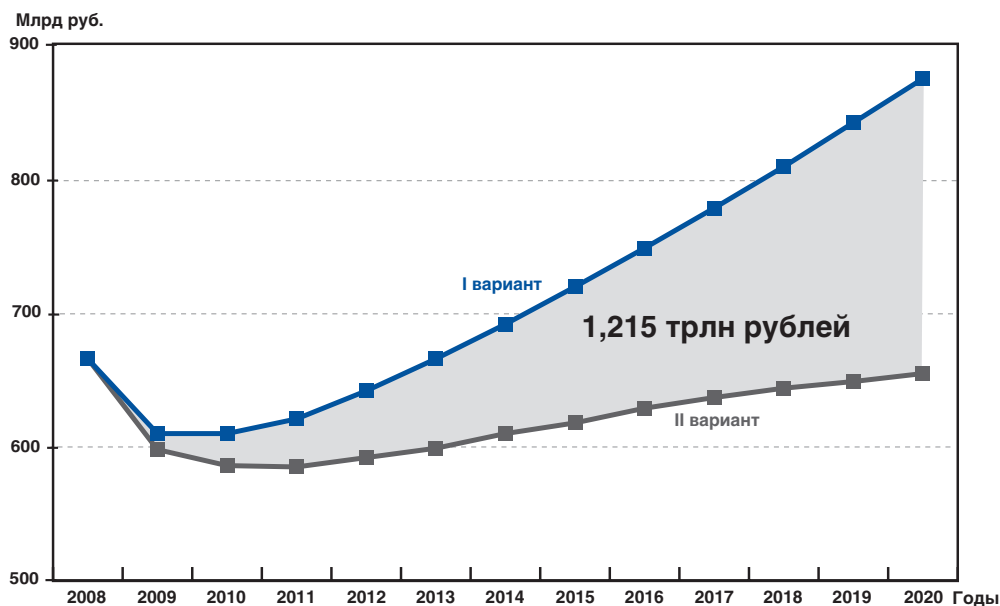


Рис. 54. Динамика потерь ВВП при 2 вариантах расчета числа дней нетрудоспособности

нетрудоспособности оценена по ВВП. Динамика изменения ВВП представлена выше. Численность трудоспособного населения принята за константу 90 млн человек.

Разница между I и II вариантами за период с 2007 по 2020 г. составит 1,215 трлн руб. Это прямой доход, которого можно достичь путем снижения числа дней нетрудоспособности на 25%.

Продление трудоспособного возраста населения. Этот механизм особенно актуален для России, так как основным препятствием для продления активного трудового возраста в РФ является низкая ожидаемая продолжительность жизни мужчин — 61,4 года (2007 г.). Сегодня в России до пенсионного возраста (60 лет) из рожденных в соответствующий год доживает только 59% мужчин, до 65 лет — 48% мужчин, до 70 лет — 37% мужчин. **Это означает, что более половины российских мужчин просто не доживет до 65 лет — пенсионного возраста, принятого в большинстве развитых стран.**

Более того, большинство из них не может активно трудиться из-за наличия хронических заболеваний, о чем свидетельствует ускорение темпов сокращения численности мужчин сразу после наступления пенсионного возраста (рис. 40, стр. 185). При этом избыточное число смертей у мужчин приходится на возраст 45–60 лет (преимущественно от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти). Если существенно сократить смертность мужчин в этом возрасте и соответственно увеличить продолжительность их жизни минимум на 5 лет к 2020 г., это позволит продлить их активный трудовой возраст также на 5 лет. Что касается российских женщин, то до пенсионного возраста доживают 84% из числа рожденных в соответствующий год. Снижение смертности женщин, продление их жизни и общее оздоровление также позволят продлить их активный трудовой возраст.

Продление активного трудового возраста мужчин и женщин после наступления установленного сегодня пенсионного возраста — главный резерв экономического роста РФ; это позволит внести дополнительный вклад в ВВП страны в

размере 32,5 трлн руб. Продление пенсионного возраста особенно важно для наукоемких и инновационных отраслей экономики, где требуются высокообразованные и высококвалифицированные рабочие, инженеры и научные кадры.

Методика расчета. В период с 2008 по 2020 г. включительно ежегодно на пенсию в среднем будут выходить около 2 млн человек.

В 2008 г. мужчин в возрасте от 55 до 60 лет было 4 млн человек, женщин в возрасте от 50 до 55 лет — 6 млн. Если пренебречь смертностью за 5 лет и последующим изменением численности в этих когортах в период 2008–2020 гг., то в пенсионный возраст в среднем за следующие 5 лет ежегодно будут вступать 800 тыс. мужчин (4 млн чел. : 5) и 1,2 млн женщин (6 млн человек : 5), т.е. всего 2 млн мужчин и женщин в год.

Всего за 13 лет выйдут на пенсию 26 млн человек. В течение этого периода времени жизнь каждого из них будет поэтапно удлиняться так, чтобы к 2020 г. она увеличилась на 5 лет и соответственно на 5 лет увеличился пенсионный возраст. Активный их труд в указанные годы жизни до наступления пенсионного возраста внесет дополнительный вклад в ВВП, подсчитать который можно следующим образом.

Сначала определяют, сколько человеко-лет будет составлять вклад в ВВП этих 26 млн человек за 13 лет при заданных условиях поэтапного увеличения продолжительности жизни: $26 \text{ млн человек} \times 2,5 \text{ года} = 65 \text{ млн человеко-лет}$ (2,5 года — это среднее увеличение продолжительности жизни этих граждан за 13 лет к 2020 г.). Затем этот показатель умножают на среднее значение ВВП за 13 лет — 500 тыс. руб. в год. Итого: $65 \text{ млн человеко-лет} \times 500 \text{ тыс. руб.} = 32,5 \text{ трлн руб.}$

Таким образом, общий прямой экономический эффект, связанный со снижением смертности трудоспособного населения в 2 раза, снижением числа дней нетрудоспособности на 25% и поэтапным продлением трудового возраста на 5 лет (у мужчин до 65 лет, женщин до 60), с 2008 по 2020 г. составит **34,8 трлн руб.**, или **84% от ВВП 2008 г.**, или **плюс 6% ВВП** ежегодно. При этом важнейшим фактором для роста экономики РФ является продление активного трудоспособного возраста.

Косвенный вклад в экономику от оздоровления населения. Этот эффект складывается из следующих составляющих:

▶ Повышение производительности труда. В работах М. Suhrcke и соавт. (2007) показано, что производительность труда здоровых людей (оцененная по продолжительности рабочего дня и заработной плате) в среднем на 12–23% выше, чем у граждан, страдающих хроническими заболеваниями.

▶ Сокращение числа людей, предварительно вышедших на пенсию. Наличие хронического заболевания увеличивает вероятность того, что работник выйдет на пенсию на 2 года раньше (Suhrcke M. et al., 2007).

▶ Снижение объема социальных выплат по дням нетрудоспособности и в связи с преждевременным выходом на пенсию.

▶ Сохранение доходов семей за счет сокращения смертности и вследствие общего оздоровления населения.

▶ Создание новых рабочих мест. Здравоохранение как отрасль экономики создает новые рабочие места (всего сегодня в здравоохранении трудятся 5% от занятых в экономике), в том числе рабочие места создаются за счет развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности.

▶ Развитие медицинской науки и образования. Здравоохранение также определяет потенциал медицинского образования и медицинской науки, поскольку является главным заказчиком продуктов их деятельности.

С учетом перечисленных дополнительных факторов влияние улучшения здоровья на экономику может возрасти на 25–30% или составит около 46 трлн руб.

Сравнение полученных данных с оценками экспертов ВОЗ. Оцененный автором вклад от улучшения здоровья населения в экономику страны (за счет увеличения финансирования и повышения эффективности деятельности системы здравоохранения) сопоставим с оценками экспертов ВОЗ (Suhrcke M., Rocco L., McKee M., 2008). По мнению

этих авторов, экономическая выгода от постепенного снижения в РФ уровня смертности с 2002 по 2025 г. от неинфекционных заболеваний и травм (до уровня в «старых» странах ЕС), оцененная по вкладу в ВВП каждой сохраненной жизни, составляет 3,6–4,8% от ВВП РФ 2002 г. В расчетах, приведенных автором, выгода от снижения смертности от всех заболеваний несколько меньше (2,6% от ВВП 2008 г.), так как учитывалась смертность только трудоспособного населения.

Следует отметить, что в последние годы экономисты оценивают влияние улучшения здоровья населения на благосостояние страны более широко, учитывая ценность человеческой жизни не только по вкладу в производство товаров и услуг, но и как самостоятельный фактор, который обеспечивает общее благосостояние страны (Suhrcke M., Arce R., McKee M., 2008). Например, в странах Западной Европы с 1970 по 2003 г. увеличение продолжительности жизни с 70 до 79 лет (в среднем) позволило достичь роста ВВП от 29 до 38%. Оцененная экспертами ВОЗ такая «стоимость» прироста здоровья в РФ с 2002 по 2025 г. составила 29% от ВВП 2002 г., или 1,3% прироста ВВП ежегодно.

Поскольку указанные авторы не оценивали влияние улучшения здоровья на продление трудоспособного возраста, приведенные в настоящей монографии расчеты значительно выше: 6% прироста ВВП ежегодно. Для России это особенно важно, так как пенсионный возраст у нас один из самых низких. В странах ЕС, США, Канады и других пенсионный возраст и для мужчин, и для женщин составляет 65 лет и выше.

10.2. Влияние здравоохранения на безопасность страны, социальную и политическую стабильность

► Стабилизация численности населения будет способствовать укреплению национальной безопасности. Всего с 2008 по 2020 г. благодаря снижению смертности населения можно будет дополнительно сохранить **5 млн жизней наших граждан**. Методика расчета: если общий коэффициент смертности снизится с 14,7 на 1000 человек в 2008 г. до 11,0 в 2014 г. и далее до 2020 г. останется на уровне 11,0; то среднеариф-

метическое значение ежегодного снижения коэффициента смертности за этот период составит 2,8 на 1000 человек. Далее можно вычислить число дополнительно сохраненных жизней: $2,8 \times 142 \text{ тыс. чел.} \times 13 \text{ лет} = 5,2 \text{ млн чел.}$

► Увеличение рождаемости и сохранение здоровья детей и подростков будут способствовать увеличению числа мужчин призывного возраста, в том числе пригодных к военной службе, что позитивно скажется на национальной безопасности.

► Сокращение различий в продолжительности жизни мужчин и женщин будет способствовать сохранению семей, их доходов и повышению рождаемости.

► Продление жизни наших граждан означает сохранение и увеличение доли пожилого населения. Это, с одной стороны, приводит к росту социальной нагрузки на государство (которое можно нивелировать продлением трудоспособного возраста), но с другой — создает условия для повышения социальной стабильности и баланса в обществе. Трехпоколенные семьи стабилизируют общество.

► Уменьшение доли частных расходов на здравоохранение также снижает риск обнищания малоимущих семей, что увеличивает социальную стабильность в обществе.

► Развитие службы длительного ухода повышает удовлетворенность лиц старшей возрастной группы, инвалидов и членов их семей, высвобождает время членов семьи для производительного труда.

► Национальные программы в области охраны здоровья населения, курируемые на уровне Президента и Правительства страны, демонстрируют, кроме прямого оздоравливающего эффекта, заботу государства о гражданах, что объединяет население и позитивно влияет на общий климат в обществе.

Таким образом, здравоохранение является отраслью, которая способствует экономическому развитию страны, укреплению национальной безопасности, достижению социальной и политической стабильности в обществе.

10.3. Оценка рентабельности вложений в здравоохранение

Для улучшения здоровья населения потребуется увеличение финансирования здравоохранения как минимум до 6% ВВП, или до 1200 \$ППС, или 20 тыс. руб. на душу населения в ценах 2007 г. (см. раздел 8.1). Общий объем средств, который потребуется для финансирования здравоохранения до уровня 6% ВВП в период с 2008 по 2020 г., составит 11,33 трлн руб. Это значение рассчитано как разница между 2 вариантами (рис. 55): I вариант — поэтапный рост финансирования здравоохранения до 6% ВВП; II вариант — финансирование на уровне 3,5% ВВП.

Можно рассчитать рентабельность (окупаемость издержек), которая является показателем экономической эффективности производства и рассчитывается путем отношения прибыли к сумме произведенных затрат. Рентабельность вложения в здравоохранение России будет равняться минимум $[(34,8 - 11,33) \times 100\% / 11,33] = 207\%$, где 34,8 трлн руб. — доходы от вложений в здравоохранение. (см. раздел. 10.1).

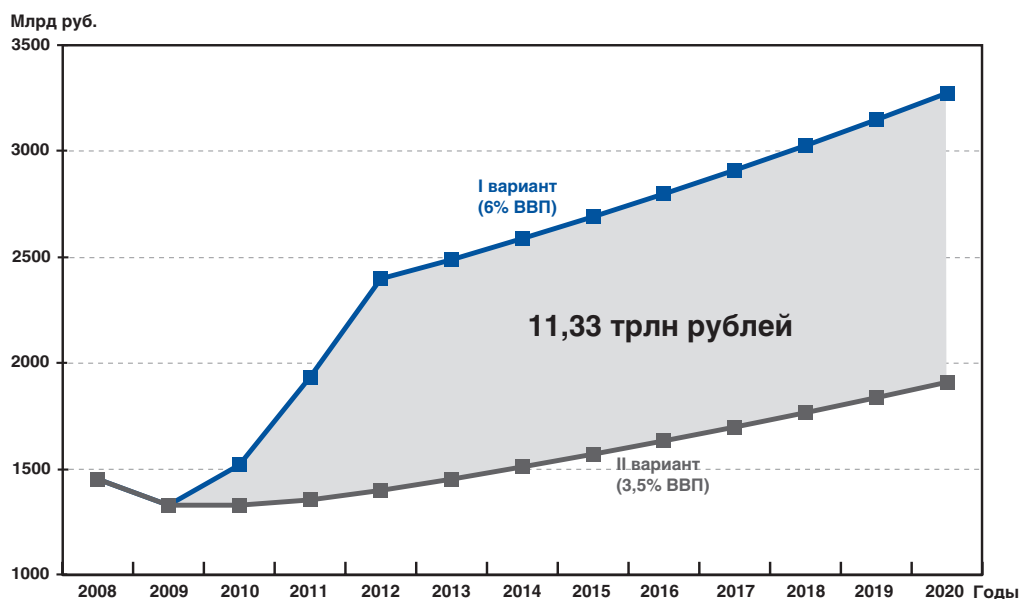


Рис. 55. Динамика расходов на здравоохранение по 2 вариантам

Таким образом, государство на каждый дополнительно вложенный в здравоохранение 1 руб. получает прирост ВВП на 3 руб., что заведомо превышает окупаемость вложений в других отраслях экономики.

10.4. Выгоды от реализации Стратегии для заинтересованных сторон

В таблице 17 приводится краткое описание этих выгод для основных участников системы здравоохранения.

Таблица 17

Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты

Группа участников	Ожидаемые выгоды
Население	Получит доступ к качественным медицинским услугам и в более благожелательной к пациенту среде, чем ранее. Уменьшит свои личные расходы на медицинскую помощь. Получит возможность предупредить развитие заболеваний, тем самым избежать хронических заболеваний, преждевременной смертности, а значит, и сохранить более высокие доходы
Государство	Сохранит жизни и улучшит здоровье своих граждан. Получит мощный импульс для развития экономики и дополнительный вклад в ВВП, причем рентабельность вложений составит 200%. Сохранит социальную и политическую стабильность в стране. Создаст условия для сохранения национальной безопасности на долгосрочный период
Медицинские работники	Получат более высокую заработную плату и большее уважение общества, свободный доступ к современным источникам информации на рабочих местах, смогут ежегодно повышать свою квалификацию путем посещения конференций, выставок и дистанционных форм обучения
Поставщики медицинских услуг	Получат от государства большие объемы заказов на оказание медицинской помощи и по более высоким тарифам, а также возможность для открытой конкуренции за получение государственного заказа (в обмен на улучшение качества). Государственные и муниципальные учреждения смогут свободнее управлять ресурсами учреждений и повышать эффективность своей деятельности
Производители медицинской техники и ЛС	Получат большие заказы на свою продукцию, прозрачность рынка закупок и соответственно равные условия для конкуренции, а также возможность планировать объемы выпуска продукции под государственные заказы (в обмен на государственное регулирование цен и централизованное планирование закупок оборудования)

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Основные понятия и определения

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Справочные материалы к рисункам

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Проект региональной Стратегии развития здравоохранения (на примере проекта «Стратегии развития здравоохранения Самарской области», 2008 г.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Проект «Концепции развития непрерывного медицинского образования в Российской Федерации»

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Обоснование предложений по формированию ПГГ и роль стандартов медицинской помощи в здравоохранении РФ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Основные понятия и определения

Аккредитация — официальное признание органом по аккредитации компетентности юридического или физического лица в определенной области оценки соответствия (т.е. для осуществления оценки соответствия или сертификации организация или физическое лицо должны быть аккредитованы). Определение дано в соответствии с Федеральным законом № 184-ФЗ от 27.12.2002 г. «О техническом регулировании» в редакции от 23.07.2008 г. Следует отметить, что за рубежом в дополнение к данному выше определению под аккредитацией в здравоохранении понимают процесс добровольной или обязательной проверки на соответствие стандартам качества (стандартам организации), осуществляемый государственной или общественной организацией.

Аттестация специалиста — процедура присвоения категории медицинскому работнику, т.е. квалификационного отличия. В РФ существуют 3 категории: 2, 1 и высшая; присваиваются они региональными органами управления здравоохранением на заседаниях специальной комиссии. Основанием для присвоения категории являются стаж медицинского работника и прохождение курсов повышения квалификации каждые 5 лет. Присвоение категории сопровождается незначительным увеличением заработной платы (на 300—400 руб.). Процедура аттестации ранее регламентировалась приказом Минздравмедпрома РФ № 33 от 16.02.95, сегодня регламентируется приказом Минздрава № 314 от 9.08.2001 г. «О порядке получения квалификационных категорий».

Валовый внутренний продукт (ВВП) (Борисов А.Б., 2003) — один из важнейших макроэкономических показателей страны, выражающий исчисленную в рыночных ценах совокупную стоимость конечного продукта (продукции, товаров и услуг), созданного в течение года внутри страны с использованием факторов производства, принадлежащих как данной стране, так и другим странам. Валовой внутренний продукт может быть исчислен следующими методами: а) как сумма добавленных стоимостей во всех отраслях (производственный метод); б) как сумма доходов от использованных за год факторов производства (распределительный метод); в) как сумма расходов на приобретение товаров и услуг, созданных в течение года в стране (метод конечного использования — потока расходов). В системе национальных счетов ВВП используется в качестве ключевого макроэкономического показателя.

Валовой региональный продукт (ВРП) (Росстат, 2008) — это обобщающий показатель экономической деятельности региона, характеризующий процесс производства товаров и услуг. ВРП определяется как совокупность добавленных стоимостей видов экономической деятельности и чистых налогов на продукты. ВРП рассчитывается в текущих основных и рыночных ценах (номинальный объем ВРП) и в сопоставимых ценах (реальный объем ВРП). В настоящее время ВРП в справочниках Росстата РФ публикуется в основных ценах. Оценка ВРП в основных ценах отличается от оценки в рыночных ценах на величину чистых (за вычетом субсидий на продукты) налогов на продукты. ВРП в основных ценах представляет собой сумму добавленных стоимостей в основных ценах по видам экономической деятельности.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) — совокупность форм средне- и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях (как в области экономики, так и в политике, культуре, науке и т.д.).

Дженериковое ЛС — это химический и фармацевтический аналог оригинального препарата (продукта), который произведен другим(ими) производителем(ями) без лицензии, т.е. после окончания срока действия патента на эксклюзивный сбыт этого ЛС. Большинство дженериковых препаратов выпускается на рынок под названиями, составленными из непатентованного наименования субстанции (МНН) + название или торговый знак производителя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) — образовательные технологии, реализуемые с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника. Допускается использование ДОТ при всех формах обучения. Регламентируются приказом Минобрнауки РФ № 137 от 6.05.2005 г. и инструктивным письмом Минобразования РФ № 41 от 3.07.1998 г.

Естественное движение населения России — обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем.

Индикатор (показатель) качества — показатель, применяемый для оценки качества медицинской помощи. Индикаторы измеряют качество в определенных (ключевых) точках технологии оказания медицинской помощи. Существуют индикаторы результатов, инфраструктуры и процессов. Они имеют числовые значения — фактические и целевые; последние устанавливают в соответствии с лучшими (или усредненными) показателями медицинских организаций или стран, а также в соответствии с данными научных исследований.

Качество медицинской помощи (КМП) — степень соответствия медицинской помощи установленным стандартам ее оказания, требованиям и правилам, потребностям и ожиданиям пациента, а также степень, в которой она способствует улучшению показателей здоровья населения.

Критерии качества — наиболее общие характеристики качества. Различают следующие основные критерии качества: адекватность, доступность, преемственность, безопасность, своевременность, эффективность (в том числе экономическая), ориентированность на пациента, т.е. способность удовлетворить его нужды и ожидания, и др.

Клинические рекомендации (КР) — документы рекомендательного характера, содержат более полную, чем в ограничительных стандартах медицинской помощи, информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний. КР не учитывают ограничений экономического характера. Документ разрабатывается профессиональными медицинскими обществами на основании комплексной оценки клинической эффективности и безопасности медицинских вмешательств (т.е. в КР включаются меди-

цинские технологии с доказанными эффективностью и безопасностью). Цель — повышение качества медицинской помощи, снижение необоснованных назначений, внедрение современных методов диагностики и лечения заболеваний. От других источников информации (руководств) для медицинских работников отличаются краткостью и тем, что разрабатываются по специальной методологии, учитывающей уровень доказательности (достоверности) эффективности (или неэффективности) медицинских вмешательств. КР занимают сегодня центральное место в управлении качеством медицинской помощи и непрерывном образовании врачей.

Количество лет жизни с утратой трудоспособности в стране — представляет собой обобщающий показатель по оценке здоровья населения, учитывающий смертность, заболеваемость и тяжесть утраты трудоспособности. Он рассчитывается как сумма лет жизни с утратой трудоспособности, обусловленной: 1) преждевременной смертностью от всех причин во всех возрастных группах; 2) инвалидностью и временной потерей трудоспособности. Эти годы определяются по частоте возникновения и длительности различных видов нетрудоспособности, умноженной на удельную тяжесть, которая учитывает тяжесть потери трудоспособности по сравнению с потерей жизни.

Контроль (мониторинг) качества — применение действенных методик (инструментов), мер и статистических методов для измерения и прогнозирования качества.

Кредиты в медицинском образовании — баллы или условные единицы измерения значимости образовательного мероприятия. В большинстве стран за 1 кредит принят 1 ч, т.е. длительность образовательного мероприятия. Например, 10 ч очных практических занятий приравняются к 10 кредитам. Иногда при оценке значимости мероприятия учитывается не только его длительность, но и качество. Например, равные по длительности мероприятия могут иметь разные кредиты: посещение национальной конференции по специальности приравнено к 5 кредитам (5 ч), а международной — к 7 кредитам (5 ч).

Лицензирование медицинской деятельности — процедура присвоения (продления, приостановления, возобновления и др.) лицензии, т.е. права или специального разрешения на осуществление конкретного вида медицинской деятельности. Выдается лицензирующим органом юридическому или физическому лицу (индивидуальному предпринимателю). В соответ-

ствии с Федеральным законом № 128-ФЗ от 8.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями и дополнениями) и постановлением Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», лицензия выдается физическим лицам (врачам и средним медицинским работникам), занимающимся индивидуальной предпринимательской деятельностью, или юридическому лицу — медицинской организации. Лицензия выдается Росздравнадзором сроком на 5 лет. **Релицензирование медицинских работников** — процедура продления лицензии. В РФ юридические лица и частнопрактикующие врачи обязаны продлевать лицензию на занятие медицинской деятельностью 1 раз в 5 лет (см. также «ресертификация»). В большинстве развитых стран эта процедура проходит 1 раз в 5 лет для всех медицинских работников и учитывает ежегодный набор определенного числа кредитов в системе непрерывного медицинского образования.

Медико-экономические стандарты (МЭС) — документы, разрабатываемые субъектами РФ в целях ограничения потребления медицинской помощи по программе госгарантий. Могут быть разного содержания, чаще всего включают перечень услуг и лекарственных средств, кратность их назначения и сроки пребывания больного в стационаре при лечении определенного заболевания. Перечень услуг формируется на основании экспертных заключений и чаще всего не отражает современные представления о диагностике и лечении заболеваний, более того, может содержать медицинские технологии без доказанной эффективности.

Метод диагностически-связанных групп (ДСГ) — метод оплаты стационарной медицинской помощи, предусматривающий фиксированную компенсацию за определенное заболевание (диагноз по МКБ-10). В целях упрощения расчетов диагноза со схожей тактикой лечения и потреблением ресурсов объединены в группы, имеющие одинаковую стоимость компенсации. Применяется практически во всех развитых странах.

Медицинская организация (МО) — согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (№ 5487-1 от 22 июля 1993 г.) включает лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения. В понятие МО не вкладываются отношения собственности. В данной монографии понятия МО и ЛПУ подразумевают организации, предоставляющие

медицинские услуги, и употребляются как синонимы, что более привычно для работников здравоохранения.

Международное непатентованное наименование (МНН) — наименование, присваиваемое новой фармацевтической субстанции экспертами ВОЗ по специальным правилам, для однозначной ее идентификации.

Непрерывное медицинское образование (НМО) — образовательный процесс, с помощью которого медицинские работники обновляют и улучшают свои профессиональные знания и навыки. Цель НМО — повышение качества медицинской помощи, оказываемой пациентам. Система НМО включает: 1) комплекс образовательных мероприятий; 2) учреждения, которые их предоставляют; 3) механизмы, обеспечивающие своевременность и качество прохождения этого образования. Полученные медицинскими работниками знания учитываются в форме условных единиц — кредитов. НМО начинается после окончания медицинского вуза и получения права на профессиональную деятельность и продолжается в течение всей профессиональной карьеры медицинского работника. О необходимости непрерывности высшего образования упоминается в Федеральном законе № 125-ФЗ от 22.08.1996 г. «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», а также в распоряжении Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года». Непрерывное образование в соответствии со ст. 26 Федерального закона № 3266-1 от 10.07.1992 г. «Об образовании» может быть отнесено к виду дополнительного профессионального образования и приравнено к повышению квалификации.

Непрерывное профессиональное развитие (НПР) — синоним НМО. Некоторые эксперты рассматривают НПР шире, чем НМО, подразумевая, что НПР включает процесс приобретения знаний и навыков не только в медицине, но и в других, смежных с ней областях, например в управлении, экономике и социальной сфере.

«Новые» страны ЕС — страны бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.

Общий коэффициент рождаемости — число родившихся живыми на 1000 населения в год.

Общий коэффициент смертности — число умерших от всех причин на 1000 населения в год.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении — это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения, родившемуся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен этот показатель. Ожидаемая продолжительность жизни является наиболее адекватной обобщающей характеристикой соответствующего уровня смертности во всех возрастах.

Оригинальное ЛС — лекарственное средство, впервые зарегистрированное на рынке его производителем (разработчиком). Эксклюзивный сбыт оригинального ЛС защищается патентом на определенный срок. Оригинальное ЛС, как правило, имеет торговое наименование (марку), присваиваемое производителем. Товарная марка ЛС (бренд — на жаргоне) — эксклюзивное торговое наименование препарата ЛС. Для обеспечения эксклюзивности оно должно быть зарегистрировано в агентстве по охране интеллектуальной собственности (как разновидность авторского права).

Охрана здоровья граждан — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан).

Паритет покупательной способности (ППС) (Райзберг Б. А. и др., 2007) — соотношение двух или нескольких денежных единиц, валют разных стран, устанавливаемое по их покупательной способности применительно к определенному набору товаров и услуг. ППС может быть общим, устанавливаемым по всему ВВП в целом и частным, устанавливаемым по определенной группе товаров. Например, если один и тот же набор потребительских товаров, скажем, потребительская корзина, стоит 600 рублей в России и 100 долларов в США, то 1 \$ППС = 6 руб. по данной потребительской корзине.

Повышение квалификации — вид дополнительного профессионального образования, направленный на улучшение знаний и практических навыков работников с целью удовлетворения потребностей граждан, общества, государства. В соответствии с Федеральным законом № 3266-1 от 10.07.1992 г. «Об образовании» повышение квалификации необходимо в связи с постоянным совершенствованием федеральных государственных образовательных

стандартов. Длительность курсов повышения квалификации для подтверждения занятий профессиональной деятельностью по выбранной медицинской специальности четко не определена. В постановлении Правительства РФ № 610 от 26.06.1995 г. «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов» предусмотрены следующие виды и сроки повышения квалификации (для всех отраслей): краткосрочное тематическое усовершенствование (72 ч), тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 ч) и длительное обучение в образовательном учреждении (свыше 100 ч). Сложившаяся практика в учреждениях медицинского образования для очных курсов повышения квалификации — 144 ч (длительность в 144 ч также упоминается в письме Минздравсоцразвития России № 154-ВС от 15.01.2007 г.). Требования к программам послевузовского профессионального образования, программам повышения квалификации и программам переподготовки, условиям реализации этих образовательных программ и их результатам устанавливаются Минобрнауки РФ, а сами программы (включая описание необходимых информационно-методических материалов) разрабатываются Учебно-методическим объединением по высшему медицинскому и фармацевтическому образованию или самими вузами.

Профессиональная переподготовка специалистов — отдельный вид дополнительного профессионального образования, направленный на совершенствование знаний специалистов для освоения нового вида профессиональной деятельности (специальности) или для получения дополнительной квалификации по выбранной специальности (углубленной подготовки). Проводится с учетом профиля специалистов в учреждениях повышения квалификации и подразделениями образовательных учреждений высшего профессионального образования в соответствии с утвержденными программами. Регламентируется приказом Минобрнауки РФ № 2571 от 6.09.2000 г.

Программа государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи — государственная программа, определяющая виды и объемы бесплатной медицинской помощи населению за счет государственных (общественных) средств. В РФ — это средства бюджетов всех уровней и системы ОМС. В РФ согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 20 и 20.1.) ПГГ определяет гарантированные объемы медицинской помощи через ее виды (первичная медико-санитарная, неотложная, скорая, специализированная, в том числе высокотехно-

логичная), нормативы объемов медицинской помощи в расчете на 1 человека в год (число посещений поликлиник, вызовов скорой медицинской помощи, пациенто-дней и койко-дней), нормативы финансовых затрат (в руб.) на единицу объемов медицинской помощи и подушевые нормативы на 1 жителя в год. Утверждается ежегодно Правительством РФ; на основании ПГГ в субъектах РФ принимаются территориальные ПГГ (ТПГГ).

Пакет ПГГ — определенный объем медицинской помощи, субсидируемый государством и гарантированный населению в случае возникновения заболевания или при потере трудоспособности. В различных странах объемы медицинской помощи по ПГГ могут определяться как конкретно, например перечни комплексных услуг (вмешательств), перечни лекарственных средств, так и неконкретно, например общими фразами: «все, что необходимо и обоснованно». В РФ объем медицинской помощи, гарантированный населению, определяется через ее виды и нормативы объемов (см. ПГГ).

Рационирование медицинской помощи — технология упорядоченного распределения ресурсов здравоохранения на оказание медицинской помощи в условиях, когда этих ресурсов недостаточно по сравнению с потребностями. Включает 3 направления: выбор приоритетов, сдерживание затрат и рациональное расходование средств. На основе технологии выбора приоритетов (т.е. отбора только определенных медицинских вмешательств или услуг, которые будут субсидированы населению) формируется базовый пакет государственных гарантий. Политики, чтобы ослабить ограничительное значение рационирования, иногда называют его не упорядоченным распределением, а только «выбором приоритетов».

Референтная цена — это предельная цена, по которой государство возмещает аптекам (или пациенту) стоимость ЛС, отпущенного покупателям.

Сертификация — форма подтверждения (осуществляемого органом по сертификации) соответствия объекта требованиям технических регламентов, положениям стандартов, сводам правил и условиям договоров. Определение дано в соответствии с Федеральным законом № 184-ФЗ от 27.12.2002 г. «О техническом регулировании» (в редакции от 23.07.2008 г.).

Сертификация специалиста — процедура подтверждения соответствия специалиста квалификационным требованиям и образовательным стандартам, установленным для данной специальности. Основанием для получения сертификата специалиста являются завершение специального обра-

зования и сдача квалификационного экзамена. Сертификат специалиста служит основанием для занятия определенной должности в учреждениях здравоохранения.

В РФ в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г. (ст. 54) и приказом Минздравсоцразвития России № 112н от 11.03.2008 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ», сертификат специалиста можно получить на основании прохождения послевузовского профессионального образования (интернатуры — 1 год¹, ординатуры по специальности — 2 года, клинической аспирантуры — 3 года), дополнительного профессионального образования (повышение квалификации, специализация) или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике выбранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Сертификат специалиста государственного образца можно получить после прохождения обучения в учреждениях высшего профессионального или дополнительного образования, имеющих лицензию на образовательную деятельность.

В большинстве стран европейского региона, США и Канаде системой последипломного медицинского образования, в том числе образованием по специальности, занимаются соответствующие профессиональные медицинские общества. **Ресертификация** — процедура продления сертификата специалиста. Периодичность подтверждения сертификата в российском законодательстве не определена, за исключением постановления Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности», в котором определено, что условием для выдачи лицензии является необходимость подтверждения прохождения квалификации не реже 1 раза в 5 лет. Отсутствие сертификата специалиста или свидетельства его обновления не реже чем 1 раз в 5 лет является одним из оснований для невыдачи (непродления) лицензии на медицинскую деятельность.

¹ Следует отметить, что правовой статус интернатуры в российском законодательстве определен нечетко, необходимо гармонизировать Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Федеральные законы «Об образовании» и «О высшем и послевузовском профессиональном образовании».

Стандарт (определение по ФЗ № 184 от 27.12.2002 г.) — документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг.

Стандарт медицинской помощи (СМП) — документ рекомендательного характера, содержащий определенный (ограниченный) набор (перечень) диагностических и лечебных мероприятий, применяемых при определенных заболеваниях. В соответствии с ФЗ № 258 от 29.12.2006 г. установление стандартов медицинской помощи (стандартов оснащения медицинских организаций и других федеральных стандартов) является полномочием федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан. Региональные органы власти имеют право установления стандартов на уровне не ниже федеральных и должны организовать контроль за соответствием качества медицинской помощи установленным федеральным стандартам. Цель стандартов может быть как ограничительная (т.е. в них могут быть включены только отобранные по определенным критериям, в том числе и экономическим, медицинские услуги, субсидируемые по ПГГ), так и для повышения качества медицинской помощи (т.е. включенные в стандарт медицинские вмешательства являются наиболее эффективными и безопасными для лечения данного заболевания). Стандарты носят только рекомендательный характер по отношению к конкретному пациенту, так как не могут предусматривать все особенности течения заболевания и возможные противопоказания.

Стандарт качества — стандарты организации, позволяющие обеспечить качество предоставляемых услуг (могут называться стандартами аккредитации).

«Старые» страны ЕС — Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и другие, входившие в Евросоюз до мая 2004 г.

Суммарный коэффициент рождаемости — число детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь репродуктивный период с 15 до 49 лет.

Управление качеством — часть процесса управления здравоохранением; подразумевает планирование качества, контроль и мониторинг качества, а также реализацию мер по его улучшению.

Фондодержание — способ оплаты медицинской помощи через специально сформированные фонды для амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). Из этих фондов оплачиваются и услуги врачей АПУ, и дополнительные медицинские услуги диагностических центров и стационаров в интересах прикрепленного к АПУ населения. Сэкономленные на эти дополнительные услуги средства идут на оплату труда или развитие АПУ. Таким образом, создается финансовая заинтересованность медицинского персонала АПУ в улучшении здоровья населения (более здоровое население потребляет меньше медицинских услуг) и экономии ресурсов здравоохранения. В Великобритании под фондами подразумеваются не просто денежные фонды, зарезервированные на уровне СМО (как в РФ), а отдельные структуры в составе врачебных практик на уровне районных подразделений Национальной службы здравоохранения.

Формуляр лекарственных средств — документ, в котором представлен ограниченный список лекарственных средств (ЛС), рекомендуемых для лечения заболеваний; в нем также могут быть приведены схемы лечения и дозировки препаратов.

Формы получения образования — способы освоения образовательных программ. Различают следующие формы: очную, очно-заочную (вечернюю), заочную, семейное образование, самообразование и экстернат. Регламентируется ст. 10 Федерального закона «Об образовании», ст. 6 Федерального закона «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», а также постановлением Правительства РФ № 1473 от 22.11.1997 г. «Об утверждении перечня направлений подготовки специалистов и специальностей, по которым получение высшего профессионального образования в заочной форме или форме экстерната не допускается».

Экономическая эффективность — оценка результативности с учетом затраченных средств (в некоторых случаях — с учетом возможных нежелательных эффектов).

Экспертиза качества — процедура оценки качества, осуществляемая экспертом.

Эффективность — результативность, способность достигать запланированных результатов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Справочные материалы к рисункам

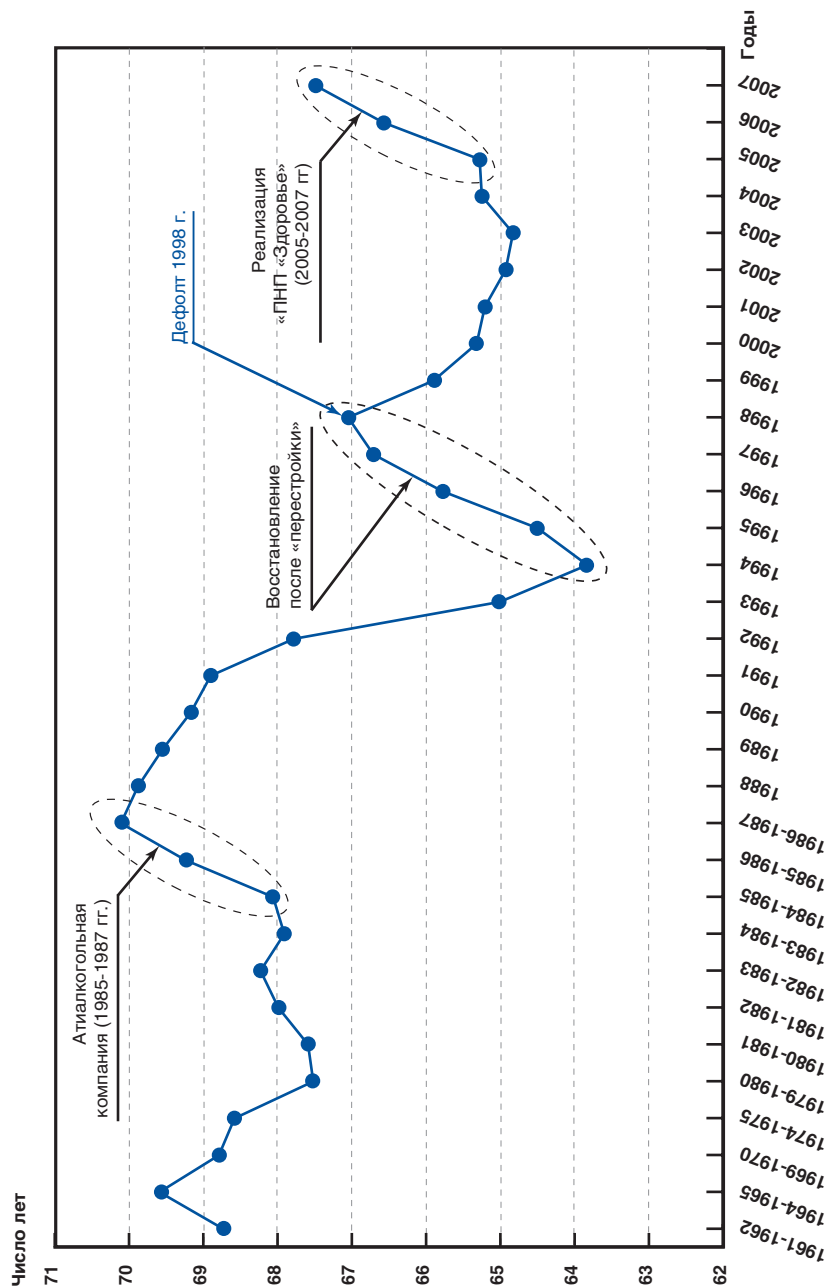


Рис. 1-п. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении с 1961 г. по 2007 г. (см. рис. 2, стр. 25)

Динамика смертности населения по основным классам причин (на 100 тыс. населения)
Таблица 1-п к рис. 5

Годы	1970	1980	1990	1995	1997	2000	2001	2003	2005	2007
Болезни системы кровообращения	412,3	579,5	619	791	751	746	864	928	908	834
Новообразования	147,3	163,5	194	203	202	206	203	202,5	201,2	203
Смертность от внешних причин	125,4	165	134	236,8	187,7	219	228,8	233,6	220,7	182,5
Болезни органов пищеварения	23,2	30	28,7	46,1	39,2	44,4	47,9	56,8	65,5	61,7
Болезни органов дыхания	87,2	92,1	59,3	73,9	63,7	70,5	65,5	70,5	66,2	54,8

Общая заболеваемость в РФ (абсолютные показатели на 100 тыс. населения с 1990 по 2007 г.)
Таблица 2-п к рис. 10

Годы	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Общая заболеваемость (абсолютные числа)	158 299 000	170 179 000	191 304 000	207 764 000	216 263 000	219 460 000
Общая заболеваемость на 100 тыс. населения (от всех причин)	106 980	116 000	131 439	146 352	151 735	154 309
Из них:						
болезни системы кровообращения;	9 885	10 690	13 802	19 314	20 923	21 509
новообразования;	2 194	2 538	3 061	3 549	3 594	3 693
болезни костно-мышечной системы;	5 823	6 988	8 750	11 039	11 858	12 157
осложнения беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. женщин в возрасте от 15 до 49 лет	4 272	4 449	6 328	7 829	8 662	9 249

Таблица 3-п к рис. 11

**Структура общей заболеваемости по основным классам болезней
на 100 тыс. населения в 2007 г.**

Наименование причин заболеваемости	Общая заболеваемость		Первичная заболеваемость	
	всего	доля (%)	всего	доля (%)
Все причины	154 309	100	77 100	100
Болезни органов дыхания	36 420	23,6	3 020	39
Болезни системы кровообращения	21 508	14	2 620	3,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	12 151	7,9	3 530	4,6
Болезни органов пищеварения	11 273	7,3	3 450	4,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	11 056	7,2	3 500	4,5
Болезни мочеполовой системы	10 728	6,9	4 880	6,3
Травмы, отравления и другие внешние воздействия	9 361	6,1	9 200	12
Болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки	6 361	4,1	5 040	6,5
Инфекционные и паразитарные болезни	5 324	3,4	3 750	4,9
Болезни нервной системы	5 434	3,5	1 660	2,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушений обмена веществ	5 560	3,6	1 150	1,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 810	2,5	2 500	3,2
Новообразования	3 693	2,4	1 010	1,3
Все остальные	—	7,5	—	6,2

Таблица 4-п к рис. 17

Динамика прироста ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1995 г. — 100%)

Год	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Прирост ВВП в постоянных ценах (в %) по отношению к предыдущему	—	96,4	101,4	94,7	106,4	110	105	104,7	107,3	107,2	106,4	107,4	108,1
Прирост ВВП в реальном выражении 1995 г. — 100%	100	96	98	93	98	108	114	119	128	137	146	156	169
Прирост государственных расходов на здравоохранение в реальном выражении 1995 г. — 100%	100	97	113	91	90	97	100	113	108	113	127	152	238

Таблица 5-п к рис. 20

Расходы на здравоохранение в РФ (2005—2007 гг.)

Статья расходов	2005 г.		2006 г.		2007 г.	
	абс. знач.	доля	абс. знач.	доля	абс. знач.	доля
Всего расходов в млрд руб.	1 185		1 430		1 810	
Государственные						
из них:						
средства, оплачиваемые через систему ОМС;	797,1	67%	962,2	67%	1 230,0	68%
расходы на ЛС в амбулаторных условиях	250,0	из НИХ 31%	328,0	из НИХ 34%	433,5	из НИХ 35%
	58,0	7%	78,1	8%	96,7	8%
Частные	387,8	33%	467,7	33%	579,8	32%
из них:						
платные медицинские услуги;	109,8	из НИХ 28%	136,7	из НИХ 29%	173,0	из НИХ 30%
платные санаторно-курортные услуги;	36,0	9%	42,8	9%	49,2	8%
ДМС;	35,3	9%	39,8	9%	47,6	8%
приобретение ЛС	206,7	53%	248,4	53%	310,0	53%

Таблица 6-п к рис. 28

**Зависимость между подушевыми расходами на ТПГГ
и общим коэффициентом смертности в субъектах РФ**

Субъект РФ	Умершие на 1000 чел. населения, 2007 г.	Подушевые расходы на ТПГГ в 2007 г., тыс. руб.
Ставропольский край	13,4	2 774
Тамбовская область	17,6	2 804
Пензенская область	16,1	2 917
Орловская область	17,5	2 986
Саратовская область	15,3	3 061
Смоленская область	19,6	3 070
Ивановская область	18,8	3 162
Владимирская область	18,7	3 166
Курская область	18,0	3 237
Курганская область	15,9	3 250
Республика Марий Эл	15,2	3 358
Рязанская область	19,0	3 367
Республика Чувашия	14,5	3 396
Брянская область	17,8	3 425
Кировская область	16,8	3 432
Костромская область	17,8	3 447
Воронежская область	17,7	3 453
Тверская область	20,6	3 480
Ростовская область	15,0	3 483
Нижегородская область	18,3	3 508
Калининградская область	15,4	3 517
Волгоградская область	14,6	3 636
Астраханская область	14,1	3 766
Псковская область	20,9	3 785
Калужская область	17,3	3 799
Республика Татарстан	13,0	3 866

Окончание табл. 6-п

Субъект РФ	Умершие на 1000 чел. населения, 2007 г.	Подушевые расходы на ТПГ в 2007 г., тыс. руб.
Белгородская область	14,8	3 905
Республика Башкортостан	13,6	3 916
Республика Мордовия	15,8	3 930
Тульская область	20,4	4 047
Ульяновская область	15,8	4 058
Оренбургская область	14,6	4 070
Челябинская область	14,9	4 072
Новгородская область	20,1	4 088
Краснодарский край	14,4	4 129
Самарская область	15,3	4 133
Ленинградская область	18,2	4 140
Ярославская область	17,5	4 422
Республика Удмуртия	14,2	4 637
Пермский край	15,7	4 755
Вологодская область	15,9	3 636
Липецкая область	17,0	5 384
Архангельская область	14,7	5 389
Республика Карелия	15,9	5 944
Свердловская область	14,7	6 456
Московская область	16,6	6 658
Республика Коми	12,7	7 070
Санкт-Петербург	14,8	8 627
Москва	11,9	10 468

Таблица 7-п к рис. 22 и 23

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и общий коэффициент смертности (ОКС) населения в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в \$ППС (2006—2007 гг.)

№ п/п	Страна	Подушевые расходы	Доля, %	Подушевые государственные расходы	ОПЖ	ОКС
1	США	6 700	45	3 015	77,8	8,1
2	Люксембург	4 300	91	3 913	79,4	8,0
3	Норвегия	4 520	82	3 706	80,6	8,9
4	Швейцария	4 300	60	2 580	81,7	8,1
5	Австрия	3 600	76	2 736	79,9	8,9
6	Исландия	3 340	82	2 739	81,2	8,0
7	Бельгия	3 500	70	2 450	79,5	9,6
8	Франция	3 450	80	2 760	80,9	8,5
9	Канада	3 700	70	2 590	80,4	7,1
10	Германия	3 700	77	2 849	79,8	9,9
11	Австралия	3 000	67	2 010	81,8	6,5
12	Дания	3 350	90	3 015	78,4	10,2
13	Нидерланды	3 400	82	2 788	79,8	8,3
14	Греция	2 500	62	1 550	79,6	9,5
15	Ирландия	3 100	78	2 418	79,7	6,5
16	Швеция	4 300	80	3 440	80,8	10,0
17	ОЭСР	2 824	73	2 062	78,9	10,5
18	Великобритания	2 760	90	2 484	79,1	9,4
19	Италия	2 614	77	2 013	80,9	9,5
20	Япония	2 474	83	2 053	82,4	8,6
21	Новая Зеландия	2 450	78	1 911	79,9	6,7
22	Финляндия	2 670	76	2 029	79,5	9,1
23	Испания	2 460	70	1 722	81,1	8,4
24	Португалия	2 120	71	1 505	78,9	9,7
25	Чехия	1 500	88	1 320	76,7	10,2
26	Венгрия	1 500	71	1 065	73,2	13,1

Окончание табл. 7-п

№ п/п	Страна	Подушевые расходы	Доля, %	Подушевые государственные расходы	ОПЖ	ОКС
27	Корея	1 500	55	825	79,1	5,0
28	Словакия	1 130	75	848	74,3	9,9
29	Польша	910	70	637	75,3	9,7
30	Россия	524	67	351	67,5	14,6
31	Мексика	794	44	349	75,7	4,7
32	Турция	600	70	420	71,6	6,2
33	Литва	976	70	683	71,1	13,2
34	Румыния	407	80	357	72,6	11,9
35	Аргентина ¹	—	—	729	74,8	7,5

¹ Прочерк «—» — отсутствие данных за 2006–2007 гг.

Пояснения:

1 \$ППС рассчитывается с периодичностью раз в три года. Результаты последнего расчета Росстата были опубликованы в ноябре 2007 г. применительно к 2005 г., когда 1 \$ППС = 12,74 руб. по всему ВВП в целом при среднегодовом валютном курсе 1 \$ = 28,34 руб.

Достаточно точно стоимость 1 \$ППС в рублях в 2006 и 2007 гг. можно оценить, учитывая годовую инфляцию рубля и доллара США в 2006 и 2007 гг. по отношению к 2005 г.

Инфляция рубля в 2006 г. по отношению к 2005 г. составила 1,09, а в 2007 г. по отношению к 2006 г. – 1,119. Соответственно инфляция в 2007 г. по отношению к 2005 г. составила $1,09 \times 1,119 = 1,22$.

Инфляция доллара в США в 2006 г. по отношению к 2005 г. составила 1,031, а в 2007 г. к 2006 г. – 1,043. Соответственно инфляция в США в 2007 г. по отношению к 2005 г. составила $1,031 \times 1,043 = 1,075$.

Тогда: в 2006 г. 1 \$ППС = $12,74 \times 1,09 / 1,031 = 13,5$ руб. ≈ 14 руб. (при среднегодовом валютном курсе 1 \$ = 27,1 руб.); в 2007 г. 1 \$ППС = $12,74 \times 1,22 / 1,075 = 14,5$ руб. ≈ 15 руб. (при среднегодовом валютном курсе 1 \$ = 25,5 руб.).

ППС для здравоохранения может быть округлен в большую сторону, так как в потребительской корзине здравоохранения больше импортных товаров (ЛС, ИМН и др.), закупаемых по обменному курсу, чем в ВВП в целом.

Таблица 8-п к разделу 3
Анализ нормативно-правовой базы в РФ по вопросам управления КМП

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
<i>Конституция РФ и федеральные законы, указы Президента РФ</i>			
1	Конституция РФ	Статья 41. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь	
2	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г. с изменениями и дополнениями, в том числе от 2008 г.	Статья 5. К полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья относятся: • установление стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов (в части высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных учреждениях здравоохранения); • организация и осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, лекарственных средств... установленных федеральным стандартам; • установление порядка производства медицинских экспертиз. К полномочиям РФ в области охраны здоровья, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов РФ относятся: • осуществление контроля за качеством медицинской помощи установленным федеральным стандартам;	Для практической реализации положений данного ФЗ существуют проблемы: • стандарты медицинской помощи по заболеваниям федеральным уровнем власти не установлены, а те, которые установлены, уже требуют актуализации и балансировки с имеющимися финансовыми ресурсами по ППГ; • отсутствует подробное положение о целях, структуре стандартов, порядке их разработки и использования; • отсутствует положение о порядке разработки и применения медико-экономических стандартов. Ни программа ППГ, ни отчет о ее реализации не содержат критериев (и показателей) качества медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ. Существующая оценка эффективности ППГ касается многочисленных показателей объемов ее оказания и выполнения нормативов расходов финансовых средств по каждому из этих показателей, что к реальной результативности и эффективности ППГ имеет только косвенное отношение.

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
		- лицензирование деятельности: муниципальной и частной систем здравоохранения, фармацевтической, связанной с оборотом наркотических и психотропных средств. К полномочиям в области охраны здоровья, субъектов РФ относятся: - установление медико-экономических стандартов, в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи. Статья 20.1. Программа государственных гарантий (ПГГ). В ПГГ предусматриваются условия оказания медицинской помощи и критерии качества и доступности медицинской помощи. Раздел XII регламентирует ответственность медицинских учреждений и медицинских работников за причинение вреда здоровью граждан	Только в ПГГ на 2009 г. впервые появились показатели качества, но они требуют гармонизации с международными (например, нет показателей, связанных с безопасностью и эффективностью деятельности системы, также нет целевых значений показателей и не прописан порядок отчетности). В статье 30 «права пациента» при оказании медико-социальной помощи не указано право пациента на получение информации о качестве медицинской помощи. В разделе IX «Медицинская экспертиза» нет упоминания об экспертизе качества медицинской помощи
3	Федеральный закон № 4015-1 от 28.06.1991 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» с изменениями и дополнениями, в том числе от 2008 г.	Регламентирует деятельность по медицинскому страхованию. Застрахованный в соответствии с договором страхования имеет право на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса. СМО обязана контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора и защищать интересы застрахованных. СМО не входят в систему здравоохранения, поэтому их контроль является вневедомственным.	Не указано, кто устанавливает типовые правила и порядок вневедомственного контроля для обязательного и добровольного страхования. Не установлены функции и порядок взаимодействия вневедомственного и внутриведомственного контроля качества. Не указано, кто осуществляет правильность проведенного СМО контроля КМП. Не ясно, по каким критериям определяется уровень качества медицинской помощи при заключении договора как между страховщиком и СМО, так и между СМО и МО

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
		Договор между медицинской организацией и СМО должен включать порядок проведения контроля качества и использования страховых средств. При нарушении МО условий договора СМО вправе частично или полностью не возмещать затраты на медицинские услуги	
4.	Федеральный закон № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей» с изменениями и дополнениями, в том числе от 2008 г.	Регламентирует, что потребитель имеет право на информацию об услуге и о производителе услуги, т.е. деятельности МО и качестве предоставляемых им услуг. Потребитель имеет право на возмещение морального и имущественного вреда при нарушении его прав	Право на информацию о качестве услуг в здравоохранении не реализовано. Сегодня ни СМО, заключающая договор с МО, ни сам застрахованный не имеют возможности получить информацию о качестве медицинской помощи, оказываемой в МО, по единым установленным для всей страны критериям и показателям. Показатели из стандартных форм статистической отчетности недостаточны для получения полной информации о КМП и сложны для восприятия пациентами. Механизмы добровольной сертификации медицинских услуг (как элемента подтверждения их соответствия установленным стандартам) в здравоохранении не развиты, а лицензирование МО и частнопрактикующих врачей недостаточно для подтверждения уровня качества услуг и информирования застрахованного (или СМО)

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
5	Указ Президента Российской Федерации № 825 от 28.07.2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»	В перечень показателей, связанных с оценкой деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ входят: 1) отношение среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников здравоохранения к среднемесячной заработной плате в экономике (т.е. без бюджетной сферы); 2) смертность населения в разрезе возрастов и основных причин; 3) средняя продолжительность временной нетрудоспособности в связи с заболеванием на одного работающего; 4) удельный вес детей 1 и 2 группы здоровья в общей численности учащихся; 5) удовлетворенность населения медицинской помощью; 6) удельный вес населения систематически занимающегося спортом; 7) подушевые расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение, в том числе ТПГ, включая средства ОМС; 8) доля государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, применяющих медико-экономические стандарты и оплату по результатам деятельности (переведенных на отраслевую систему оплаты труда, ориентированную на результат);	В части здравоохранения необходимо внести ведомственными актами дополнения по показателям КМП, оценки экономической эффективности, безопасности и др. (см. раздел 4 справки) и установить ответственность за неисполнение установленных целевых значений данных показателей. Необходимо публично проводить сравнение между субъектами РФ о достижении целевых значений показателей КМП

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
6	Федеральный закон № 184-ФЗ от 27.12.2002 г. «О техническом регулировании» с изменениями от 23.07.2008 г.	9) удовлетворенность населения деятельностью органов исполнительной власти, в том числе их информационной открытостью. Предусмотрены ежегодная отчетность по данным показателям до 1 сентября последующего за отчетным года и необходимость установления целевых значений	Следует учесть, что за рубежом существуют несколько значений термина аккредитация (см. приложение 1) — под аккредитацией в здравоохранении понимают процесс добровольной или обязательной проверки на соответствие стандартам качества (стандартам организации), осуществляемый государственной или общественной организацией
<i>Постановления Правительства РФ</i>			
7	Постановление Правительства РФ № 323 от 30.06.2004 «Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»	Регламентирует полномочия Росздравнадзора: • Осуществление надзора за фармацевтической, соблюдением стандартов соц. обслуживания. Контроль за порядком осуществления экспертизы, производством и оборотом ЛС и изделий медицинского назначения, проведением клинических исследований, соблюдением стандартов качества.	Желательно проводить ежегодный анализ жалоб пациентов в разрезе субъектов РФ и совместно с Минздравсоцразвития России принимать меры по исправлению ситуации

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
8	Постановление Правительства Российской Федерации № 296 от 19.05.2007 г. «Об утверждении Правил финансирования в 2007 г. расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечень субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации	• Организация проведения экспертизы качества и безопасности ЛС. • Лицензирование. • Выдача разрешений на применение новых медицинских технологий, ввоз и вывоз ЛС. • Выдача заключений об организации производства ЛС. • Регистрация предельных цен на ЖНВЛС, ведение государственного реестра ЛС.	Необходимо после реализации пилотного проекта провести несколько рабочих совещаний и выпустить отчетные документы Минздравоохранения России, которые бы содержали информацию о положительном и (или) отрицательном опыте регионов, а также рекомендации для субъектов РФ по дальнейшей работе в вышеуказанных направлениях. После этого провести итоговую коллегию Минздравоохранения России. (Одной выездной коллегии в г. Калининграде недостаточно для полноценного анализа вышеперечисленных вопросов.)
		Пилотный проект предусматривал отработку следующих направлений: 1) переход финансирования ЛПУ преимущественно на одноканальное финансирование; 2) финансирование стационарной медицинской помощи по нормативам, рассчитанным с учетом необходимости исполнения стандартов медицинской помощи; 3) финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений по подушевому нормативу; 4) реформирование оплаты труда в зависимости от конечного результата труда медицинских работников; 5) обеспечение учета как объемов медицинской помощи, так и ее качества. Следует отметить, что федеральных методических документов, обеспечивающих единые подходы к реализации вышеуказанных направлений, не было. Предполагалось, что субъекты РФ отработают эти направления по собственным методикам и механизмам, а затем будут отобраны наиболее эффективные из них	

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
<i>Приказы Минздрава о развитии России</i>			
9	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 513н от 24.09.2008 г. «Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации» (по сравнению с аналогичным приказом Минздрава о развитии России № 170 от 14.03.2007 г. более подробно описывает функции комиссии)	Вступил в силу с 1 января 2009 г. Регламентирует требования по созданию врачебной комиссии во всех МО (всех форм собственности), структуре комиссии (подкомиссии), требования к председателю и его заместителям и их функциям. Основные функции: оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, принятие решения в сложных и конфликтных ситуациях, определение трудоспособности и профессиональной пригодности некоторых категорий работников и др. В функции комиссии входит в том числе определение перечня пациентов по включению в Федеральный регистр или исключения из него «по 7 нозологиям», а также коррекция лечения данным пациентам. Также в функции комиссии входит анализ случаев внутрибольничной инфекции, анализ причин заболеваемости матерей и новорожденных внутрибольничными инфекциями, участие в подготовке заключений о поствакцинальных осложнениях, анализ летальных случаев и др. Определен порядок работы комиссии	Вслед за этим документом необходимо определить: • методологию и единый порядок проведения «оценки качества и эффективности» лечебно-диагностических мероприятий; • показатели для проведения контроля качества и эффективности и установить рекомендуемые целевые значения этих показателей; • установить требования к программам повышения квалификации и переподготовки по вопросам управления здравоохранением, в том числе управления КМП в соответствии с рекомендуемой методологией

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
10	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 331 от 11.07.2008 г. «О порядке организации и мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».	Регулирует вопросы: 1) по порядку организации мониторинга; 2) определяет форму отчета о подготовке медицинского персонала; 3) определяет форму отчета по показателям для мониторинга; 4) периодичность отчетов — 1 раз в мес	Международные подходы анализа качества оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями предусматривают дополнительно такие индикаторы, как внутрибольничная летальность в течение 30 дней от момента госпитализации с инфарктом миокарда и др.; желательно подготовить методические рекомендации по порядку сбора и анализа данных показателей в МО
11	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 324 от 11.05. 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке»	При оценке эффективности оцениваются следующие показатели: 1) стабилизация или снижение уровня госпитализации прикреплённого населения; 2) снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи; 3) увеличение числа профилактических посещений прикреплённого населения; 4) полнота охвата терапевтической помощью лиц, состоящих на диспансерном учете; 5) полнота охвата профилактическими прививками; 6) стабилизация или снижение смертности на дому при сердечно-сосудистых заболеваниях, диабете, туберкулезе и др.	Желательно разработать методические рекомендации по показателям, по которым будет оцениваться работа медицинских работников, а также по порядку их сбора, расчета и анализа. Большая часть из них должна совпадать с общепринятыми мировыми показателями, применяемыми для оценки эффективности работы медицинских работников. Также было бы желательно установить целевые значения этих показателей, например, равные средним или лучшим по РФ

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
12	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 323 от 10.05.2007 г. «Об утверждении порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе ПМСП, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой специализированной медицинской помощи (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи»	Регулирует вопросы, связанные с организацией работ (услуг) при оказании вышеперечисленных видов медицинской помощи, а именно в соответствии с приказом Минздрава от 13.10.2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи». Все вышеперечисленные работы и услуги выполняются на основании лицензии, приложения к которой оформляются в соответствии с приложением к данному приказу	Необходимо обсудить вопрос, нужно ли такое подробное подразделение по видам медицинской помощи (соответственно наличия нескольких лицензий) для одного учреждения, оказывающего медицинскую помощь

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
13	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 282 от 19.04.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового»	При оценке эффективности оцениваются следующие показатели: 1) стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения; 2) снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи; 3) увеличение числа профилактических посещений прикрепленного населения; 4) полнота охвата терапевтической помощью лиц, состоящих на диспансерном учете; 5) полнота охвата профилактическими прививками; 6) стабилизация или снижение смертности на дому при сердечно-сосудистых заболеваниях, диабете, туберкулезе; 7) стабилизация уровня заболеваемости социальными болезнями; 8) полнота охвата медицинского наблюдения лиц, получающих набор социальных услуг и др.	См. п. 11
14	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 283 от 19.04.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-педиатра участкового»	При оценке эффективности учитываются: 1) эффективность профилактической работы, в том числе охват патронажем детей до года и беременных, охват профилактическими осмотрами, профилактическими прививками; 2) полнота охвата диспансерной помощью детей; 3) оценка динамики заболеваемости, смертности на дому и досрочной летальности в стационаре	См. п. 11

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
15	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 170 от 14.03.2007 г. «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации»	Регламентирует порядок создания комиссии и организацию ее деятельности в медицинских организациях независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности. Цель создания комиссии: • принятие решений по вопросам диагностики и лечения заболеваний; • определение трудоспособности граждан; • осуществление контроля качества медицинской помощи и оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий; • обоснованность назначения лекарственных средств. Приказ также регламентирует положение о председателе комиссии — заместителе руководителя медицинской организации по медицинской части и заместителе руководителя по экспертизе временной нетрудоспособности	Документ утратил силу с 1 января 2009 г.
16	Приказ Росздравнадзора № 434-Пр/07 от 28.02.2007 г. «Об утверждении формы акта проверки»	Определяет форму акта проверки качества медико-социальной помощи, проводимой в рамках государственного контроля (проверочных мероприятий)	Ряд пунктов этого акта требует дополнений, например: • проведение экспертизы качества должно основываться на соответствии выполнения стандартов и клинических рекомендаций профессиональных медицинских обществ с учетом конкретных обстоятельств и мнения эксперта;

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
17	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 905 от 31.12.2006 г. «Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи»	Определяет, что: 1) контроль над исполнением стандартов пред- ставляет собой государственную контрольно- надзорную функцию по оценке соответствия оказываемой медицинской помощи установ- ленным требованиям к ее объемам и качеству; 2) включает контроль в рамках ПГГ; 3) стандарты привязаны к заболеваниям и включают перечень услуг, с указанием коли- чества и частоты их применения; 4) осуществляется Росздравнадзором РФ и ре- гиональными органами власти в субъектах РФ; 5) контроль в МО включает проверку порядка ор- ганизации медицинской помощи в соответствии с приказами Минздравасоцразвития России; 6) контроль должен осуществляться по единой методологии и единым показателям, а также на основе разбора жалоб; 7) периодичность проведения контроля — 1 раз в 2 года для МО, 1 раз в 3 года для ИЧП	• оценка состояния использования кадровых и материально-технических ресурсов требует подробной расшивки. Например, пользуют- ся ли врачи современными клиническими реко- мендациями, есть ли в ЛПУ библиотеки и др.; • обеспечение контроля КМП должно оцени- ваться на соответствие требованиям, которые еще не разработаны. Так как не все стандарты качества и стандарты медицинской помощи разработаны, и система единых показателей, гармонизированная с миро- выми, также не разработана, то исполнение дан- ного административного регламента затруднено. По этой же причине, наверное, не публикуют- ся сводные отчеты о результатах проверок и не формируются рейтинги ЛПУ. В настоящий момент Росздравнадзором РФ раз- работаны только показатели оценки учреждений родовспоможения и подготовлены их рейтинги. По характеру данные регламенты можно при- равнять к процедуре, получившей за рубежом название аккредитации. Таким образом, в нашей стране одна структура — Росздрав- надзор занимается и лицензированием МО 1 раз в 5 лет, и оценкой соответствия. Было бы целесообразно во избежание излишних административных и временных потерь объ- единить эти 2 процедуры в одну, предвари- тельно разработав регламент ее проведения

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
18	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 584 от 04.08.2006 г. «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу»	Регулирует: 1) порядок прикрепления населения, в том числе с учетом права выбора врача и учреждения пациентом; 2) типы врачебных участков; 3) численность прикрепленного населения — на терапевтическом участке 1700 человек, на педиатрическом — 800 (0–17 лет); на ВОП — 1500 взрослого населения и старше; на участке семейного врача — 1200; на комплексе — до 2000 и более; 4) формирование штатов врачей на малочисленных участках.	При определении численности участка на одного врача важно принимать во внимание укомплектованность средним медицинским персоналом, степень информатизации рабочего места врача, а также численности населения, получающего набор дополнительных социальных услуг, что существенно влияет на занятость врача
19	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 5 от 10.01.2006 г. «О порядке и условиях оплаты услуг государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов»	Регулирует объемы денежных средств, предусмотренных различным учреждениям в связи с обслуживанием женщин, имеющих сертификат, а также порядок получения сертификата. Женщина выбирает женскую консультацию и родильный дом по своему усмотрению	С целью осуществления обоснованного права выбора родовспомогательного учреждения необходимо публиковать рейтинги роддомов, в которых на основании оценки объективных показателей деятельности учреждения предусмотрена их ранжировка. Эта работа начата Росздравнадзором и должна быть продолжена для всех учреждений РФ

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
20	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 363/77 от 24.10.1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ»	Приказ отменен в 2007 г. Ранее определял положение о системе ведомственного и вневедомственного контроля качества, а также положение о внештатном медицинском эксперте и эксперте СМО	Необходимо актуализировать положения, содержащиеся в данном приказе
21	Приказ Министерства здравоохранения РСФСР № 277 от 16.10.1992 г.	Дано определение ряда стандартов. Лечебно-технологические стандарты — определяют перечень необходимых мероприятий, методов лечения данного заболевания в лечебно-профилактическом учреждении определенного вида. Стандарты качества лечения — определяют соответствие проводимой диагностической и лечебной работы в каждом конкретном случае установленным лечебно-диагностическим стандартам и оценку результатов лечения в целом по соответствующим нозологическим формам на основании статистических данных	Существующее определение стандартов устарело. Необходимо дать полное определение, установить цели использования и разработать положение об их разработке

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
		<i>Приказы, письма Федерального фонда ОМС</i>	
22	Приказ Федерального фонда ОМС № 175 от 14.08.2008 г. «Об утверждении формы ведомственного статистического наблюдения № ПГ «Организация защиты прав и законных интересов граждан в системе обязательного медицинского страхования» и инструкции по ее заполнению» и письмо Федерального фонда ОМС № 6234/30-3/и от 11.11.2008 г. «О разъяснении ряда вопросов по реализации приказа ФОМС №175 от 14.08.2008 г.»	Установлены формы: • анализа обращений и жалоб граждан, устных и письменных, направленных в СМО и ТФОМС; • анализа причин обращений; • анализа результатов медико-экономического контроля; • результатов медико-экономической экспертизы; • результатов экспертизы качества медицинской помощи (штатными и внештатными специалистами); • результатов экспертизы (медико-экономической и качества медицинской помощи) при межтерриториальных расчетах; • финансовых результатов контроля; • анализа удовлетворенности пациентов КМП; • информирования граждан о правах в системе ОМС (ТФОМС и СМО); • о качестве экспертов по ККМП	Обращает на себя внимание обилие форм. При отсутствии медицинских информационных систем в МО обработка первичной информации может быть затруднена. Следует обсудить необходимость повторной экспертизы внештатными экспертами, может быть имеет смысл повысить требования к штатным специалистам

Продолжение табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
23	Приказ Федерального фонда ОМС № 111 от 26.05.2008 г. «Об организации внедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС»	В соответствии с этим приказом ТФОМС вырабатывает систему мер по повышению эффективности использования финансовых ресурсов, координирует работу в этом направлении участников ОМС и др. СМО осуществляют медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи (целевую, тематическую и плановую). ЭКМП проводится по методам, установленным в субъекте РФ. Вводит понятие метаэкспертизы — повторной экспертизы, но тем же методом. В Приложении приведен примерный перечень дефектов: 1) дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи; 2) дефекты, процесса оказания медицинской помощи; 3) дефекты оформления документации; 4) прочие дефекты	Необходимо определиться, кто в субъекте РФ будет заниматься координацией контроля качества медицинской помощи и ее улучшением — региональный орган управления здравоохранением или ТФОМС. При такой подробной процедуре контроля КМП, рекомендуемой проводить СМО, возникает вопрос о дублировании этой функции с ведомственной экспертизой и контролем со стороны Росздравнадзора. Встает также вопрос об уровне квалификации экспертов, приглашаемых СМО, и источников информации, на основании которых они принимают решения о наличии дефектов (в части процессов оказания медицинской помощи)
24	Письмо Федерального фонда ОМС № 1253/30-1/и от 21.02.2006 г. «О направлении методических рекомендаций о порядке осуществления персонафицированного учета медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС»	Определяет порядок: формирования сведений по персонафицированному учету медицинской помощи, оказанной гражданам в системе ОМС, хранение сведений в ТФОМС, СМО, и ЛПУ.	Важно проанализировать результаты и эффективность такого детального персонафицированного учета и его трудоемкость как для ЛПУ, так и СМО, особенно в отсутствии средств информатизации в ряде субъектов РФ

Окончание табл. 8-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные положения в части качества медицинской помощи	Требуемые изменения и дополнения, комментарии
25	Письмо ФОМС № 3491/30-3/и от 22.06.2005 г. «О лицензировании экспертной деятельности»	Контроль качества является частью медицинской деятельности. СМО получает лицензию на страховую медицинскую деятельность (а не на медицинскую). ТФОМС обеспечивают права граждан в системе ОМС, в том числе на получение качественной помощи	—
26	Письмо ФОМС № 844/30-3 от 25.02.2005 г. «О направлении методических рекомендаций: организация и проведение медико-экономического контроля за назначением и обеспечением лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи»	Определяет порядок проведения медико-экономической экспертизы лекарственных назначений отдельным категориям граждан при получении государственной социальной помощи в фармацевтических организациях и лечебно-профилактических учреждениях. Содержит как административные требования, касающиеся правильности оформления выписки рецептов и их оформления, так и медицинские — соответствие стандартам медицинской помощи и недопущение выписки синонимов ЛС. При выявленных дефектах рецеп-ты не оплачиваются	Условия для проведения такого контроля не всегда имеются, например, нет всех стандартов медицинской помощи, нет современных формуляров ЛС, определяющих показания и противопоказания к назначениям, т.е. не всегда понятно, какому стандарту должны соответствовать назначения
27	«Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан» № 5359 от 24.12.2003 г.	Регламентирует взаимоотношение ТФОМС со страхователями, страхователя с СМО, ТФОМС и СМО, медицинских учреждений и СМО	—
28	Приказ Федерального фонда ОМС № 9 от 20.01.1997 г. «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»	Типовое положение по организации вневедомственной экспертизы предусматривает: 1) наличие отдельного подразделения; 2) функции подразделения: организация вневедомственной экспертизы качества, изучения опыта экспертных служб СМО, предоставление документов о деятельности подразделения руководству и др.	В настоящее время необходимо четко регламентировать, кто из участников вневедомственной системы контроля КМП какие функции осуществляет, и ликвидировать дублирование с ведомственным контролем КМП

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Проект региональной Стратегии развития здравоохранения (на примере проекта «Стратегии развития здравоохранения Самарской области», 2008 г.)

Введение

Проект Стратегии развития здравоохранения Самарской области (СО) (далее — Стратегия) был разработан в соответствии с поручением № 1-20/160 от 26.06.2008 г. губернатора СО В.В. Артякова с целью улучшения демографических показателей и показателей здоровья населения, повышения доступности и качества медицинской помощи населению, а также повышения эффективности деятельности системы здравоохранения.

Стратегия основана на документах, принятых и разработанных на федеральном уровне:

1. Указ Президента Российской Федерации № 1351 от 09.10.2007 г. «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.».

2. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.» (распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г.) и «Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 г.» (распоряжение Правительства № 1663-р от 17.11.2008 г.).

В данных документах обозначены основные цели демографической политики, охраны здоровья и развития здравоохранения до 2020 г.:

I. Снизить общий коэффициент смертности с 14,6 до 11,0 на 1000 человек.

II. Увеличить ожидаемую продолжительность жизни с 67,5 до 73 лет.

Для обсуждения решений, принимаемых в системе здравоохранения и социального развития, в том числе для разработки Стратегии, приказом Минздравсоцразвития СО № 45 от 12.02.2008 г. был создан Экспертный совет.

Состав Экспертного совета при Минздравсоцразвития СО

Котельников Геннадий Петрович — ректор СамГМУ, председатель Экспертного совета (по согласованию).

Куличенко Вадим Петрович — заместитель председателя правительства СО, министр здравоохранения и социального развития СО, сопредседатель Экспертного совета.

Улумбекова Гузель Эрнстовна — советник губернатора СО, ответственный секретарь Экспертного совета (по согласованию).

Члены Экспертного совета

Антимонова Марина Юрьевна — заместитель министра здравоохранения и социального развития СО, руководитель Департамента организации медицинской помощи населению, статс-секретарь.

Бородулин Сергей Васильевич — главный врач Сергиевской ЦРБ (по согласованию).

Гридасов Геннадий Николаевич — главный врач Самарской ОКБ им. М.И. Калинина, президент Ассоциации врачей СО (по согласованию).

Гриценко Елена Александровна — заместитель министра здравоохранения и социального развития СО, руководитель Департамента информационно-аналитических технологий.

Изосимов Александр Николаевич — директор Департамента здравоохранения мэрии г.о. Тольятти (по согласованию).

Краснощеков Владимир Петрович — генеральный директор СМО «Самара-Мед» (по согласованию).

Павлов Василий Васильевич — заведующий кафедрой управления качеством в здравоохранении и стандартизации СамГМУ (по согласованию).

Прохоренко Николай Федорович — президент Ассоциации медицинских страховых компаний (по согласованию).

Рябов Алексей Евгеньевич — заведующий терапевтическим отделением клиники СамГМУ (по согласованию).

Светкина Галина Дмитриевна — первый заместитель председателя Самарской Губернской думы (по согласованию).

Федосеева Лидия Сергеевна — главный врач городской клинической поликлиники № 15 г.о. Самара (по согласованию).

Ханжин Евгений Викторович — заместитель министра здравоохранения и социального развития СО, руководитель Департамента социальной защиты населения.

Хуторский Михаил Александрович — исполнительный директор ТФОМС СО (по согласованию).

Для обсуждения отдельных направлений Стратегии были созданы рабочие группы (коллектив разработчиков, стр. 520). Основные положения Стратегии неоднократно обсуждались на заседаниях Экспертного совета и рабочих групп, а также на заседаниях Ассоциации медицинских обществ по качеству, объединяющей более 20 российских профессиональных медицинских обществ.

При разработке Стратегии использовались следующие материалы: доклад Президиума Госсовета РФ по вопросам повышения качества и доступности медицинской помощи, протоколы заседаний Общественной палаты РФ, Стратегия развития здравоохранения РФ на 1997–2005 гг., предложения ГУ-ВШЭ и предложения Ассоциации врачей частной практики по модернизации здравоохранения, официальные издания Росстата, рекомендации ВОЗ по разработке стратегии развития здравоохранения, стратегии развития здравоохранения США, Великобритании, Германии, Канады и других стран, базы данных ВОЗ и ОЭСР, а также ряд других документов, в том числе информация, представленная на сайте по обсуждению Концепции развития здравоохранения РФ (www.zdravo2020.ru).

В первой части Стратегии проанализированы демографическая ситуация в СО, состояние здоровья населения, ресурсы и эффективность деятельности системы здравоохранения. Во второй части сформулированы цели Стратегии, приоритеты, основные направления и мероприятия, а также представлены целевые индикаторы по реализации Стратегии, основные этапы и сводный календарный план. Стратегия включает раздел по охране здоровья населения, для реализации которого необходимы межведомственные усилия; перечень основных нормативно-правовых актов, в соответствии с которыми разработана Стратегия и которые необходимо подготовить в рамках ее реализации. Общая структура Стратегии представлена на рис. 2-п.

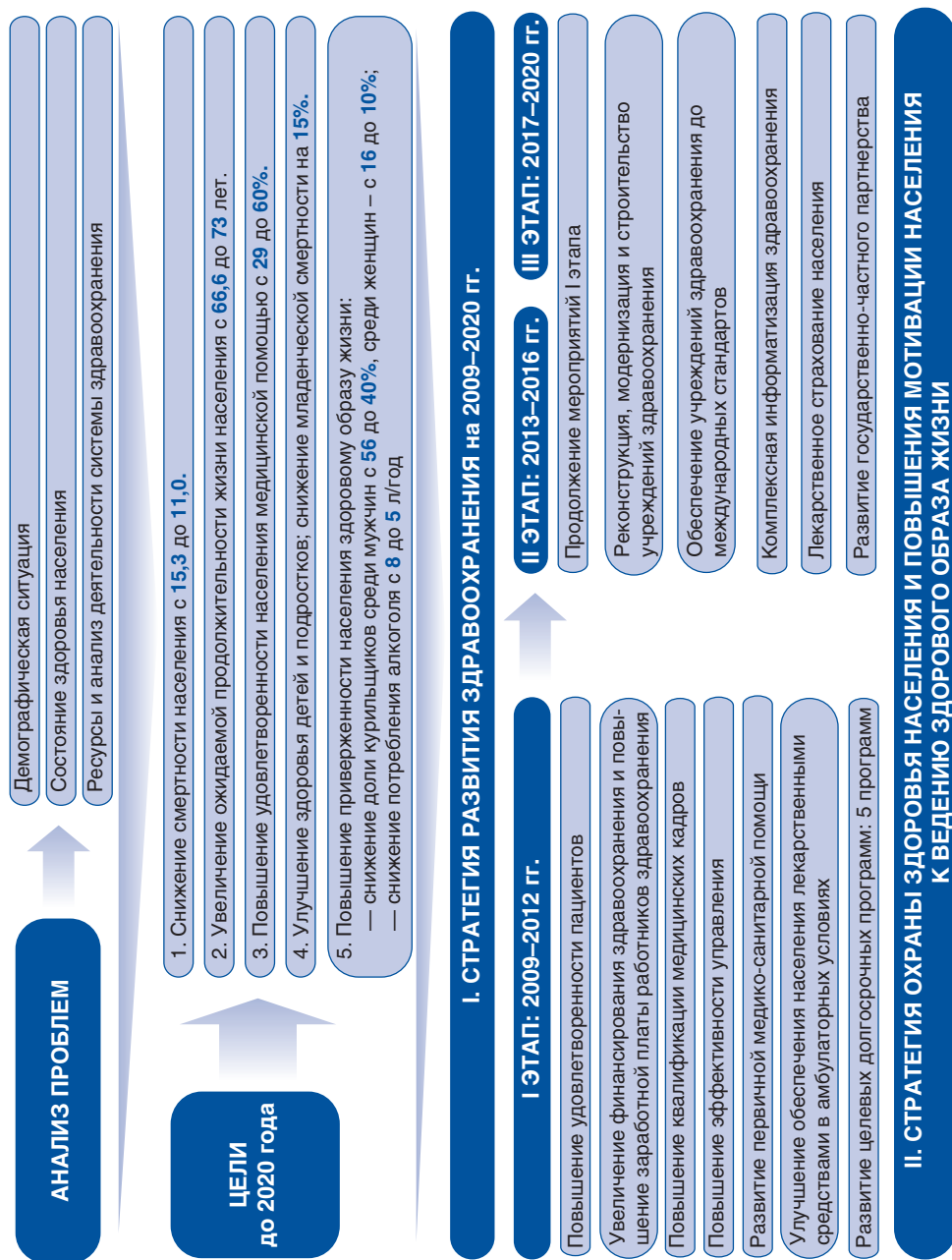


Рис. 2-п. Стратегия развития здравоохранения СО на 2009–2020 гг.

Разработчиками Стратегии в качестве одного из самых важных направлений ее реализации было определено повышение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи, и на решение этой задачи напрямую направлены многие мероприятия Стратегии. Вместе с тем разработчики надеются на активное участие в ее реализации населения СО, в том числе путем повышения ответственности за собственное здоровье и здоровье своих близких. Только вместе можно добиться успеха в реализации целей Стратегии и улучшении здоровья населения.

Краткое содержание Стратегии

ЧАСТЬ I. Анализ демографических показателей, показателей здоровья населения, ресурсов и деятельности системы здравоохранения СО

Раздел 1. Демографические показатели и показатели здоровья населения

- 1.1. Демографические показатели
- 1.2. Показатели здоровья населения

Раздел 2. Ресурсы и анализ деятельности системы здравоохранения

- 2.1. Финансирование здравоохранения
- 2.2. Расходы системы здравоохранения по статьям затрат
- 2.3. Кадры здравоохранения
- 2.4. Учреждения здравоохранения
- 2.5. Технологии оказания медицинской помощи и качество медицинской помощи
- 2.6. Управление системой здравоохранения

ЧАСТЬ II. Стратегия развития здравоохранения и охраны здоровья населения Самарской области на период до 2020 года

Раздел 3. Цели и приоритеты Стратегии

- 3.1. Цели Стратегии
- 3.2. Приоритеты Стратегии

Блок: здравоохранение

Блок: межведомственная программа по охране здоровья

Раздел 4. Основные направления Стратегии до 2012 г. и целевые индикаторы для мониторинга их реализации

- 4.1. Блок: здравоохранение (направления 1–10)
- 4.2. Блок: охрана здоровья населения

Раздел 5. Сводный календарный план реализации стратегии

5.1. Сводный календарный план реализации Стратегии

5.2. Условия реализации стратегии

Раздел 6. Финансовое обеспечение стратегии и источники финансирования

Раздел 7. Ожидаемые от реализации стратегии экономический и социальный эффекты

7.1. Ожидаемый экономический эффект

7.2. Другие ожидаемые от реализации стратегии эффекты

Раздел 8. Перечень основных нормативно-правовых актов по реализации Стратегии

Приложение: коллектив разработчиков

ЧАСТЬ I. Анализ демографических показателей, показателей здоровья населения, ресурсов и деятельности системы здравоохранения СО

РАЗДЕЛ 1. Демографические показатели и показатели здоровья населения

1.1. Демографические показатели

Численность населения СО на 1.01.2007 г. составила 3 млн 178 тыс. человек. Изменения данного показателя в 2000—2007 гг. (рис. 3-п) демонстрируют сокращение с 2000 г. численности населения ежегодно в среднем со скоростью 0,5% (на 16 тыс. человек в год). С 2006 г. этот темп замедлился до 0,3%, или 11 тыс. человек в год.

Демографически население СО относится к «старому» типу, т.е. детей в возрасте от 0 до 17 лет в последние годы меньше или столько же, сколько и населения старше трудоспособного возраста (55 лет для женщин и 60 лет для мужчин) — в 2007 г. 18 и 21% соответственно. Хотя еще в 1980 г. соотношение было в пользу детей.

Продолжительность жизни населения (рис. 4-п) в СО в 2007 г. составляла 66,6 года (в 2006 г. — 66,6 года, в 2005 г. — 65,9 года). Несмотря на положительную (с 2005 г.) динамику этого показателя, она остается ниже (на 1 год), чем в среднем по РФ (67,5 года), на 7,5 года ниже, чем в «новых», и на 13,5 года — чем в «старых» странах ЕС. Заметим, что в 1985 г. продолжительность жизни в СО (как и в среднем по РФ) была практически на том же

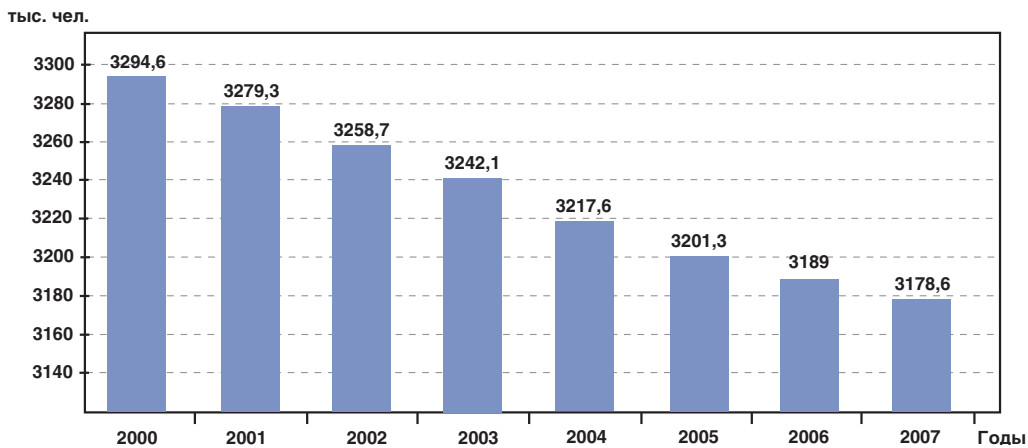


Рис. 3-п. Динамика численности постоянного населения СО

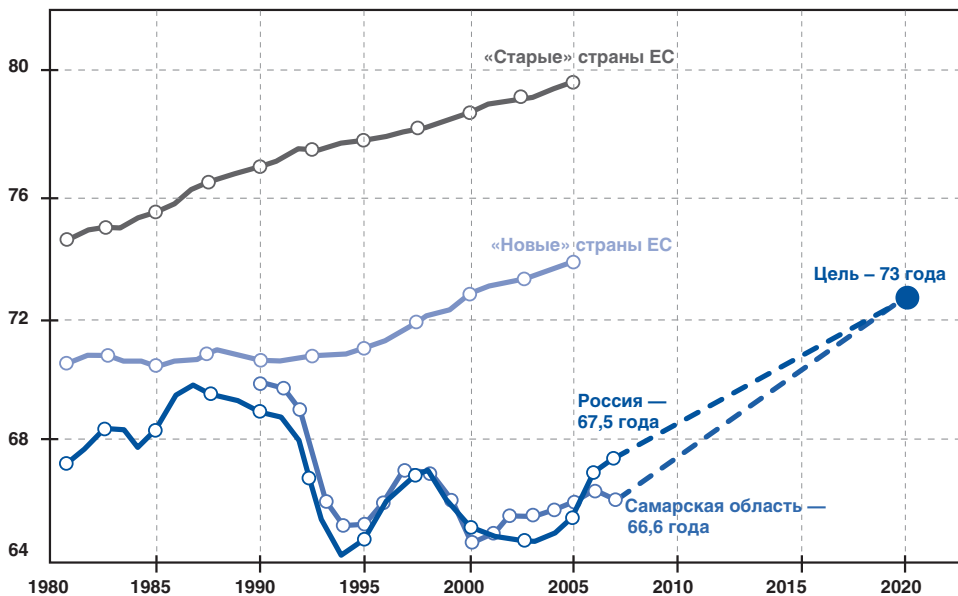


Рис. 4-п. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении

уровне, что и в «новых» странах ЕС (70 лет). Пунктиром на рис. 4-п — 7-п указано целевое значение к 2020 г.

Сегодня **разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин в СО, как и в целом по РФ, самая высокая в мире (13 лет).**

Общий коэффициент рождаемости (число родившихся живыми на 1000 населения в год; рис. 5-п) в 2007 г. составил в СО 10,7; это ниже, чем в среднем по РФ, на 6% (11,3) и примерно на том же уровне, что и в странах ЕС (10,1). С 1987 по 1993 г. этот показатель в СО, как и по РФ в целом, упал в 2 раза, а с 2000 г. наблюдается его рост.

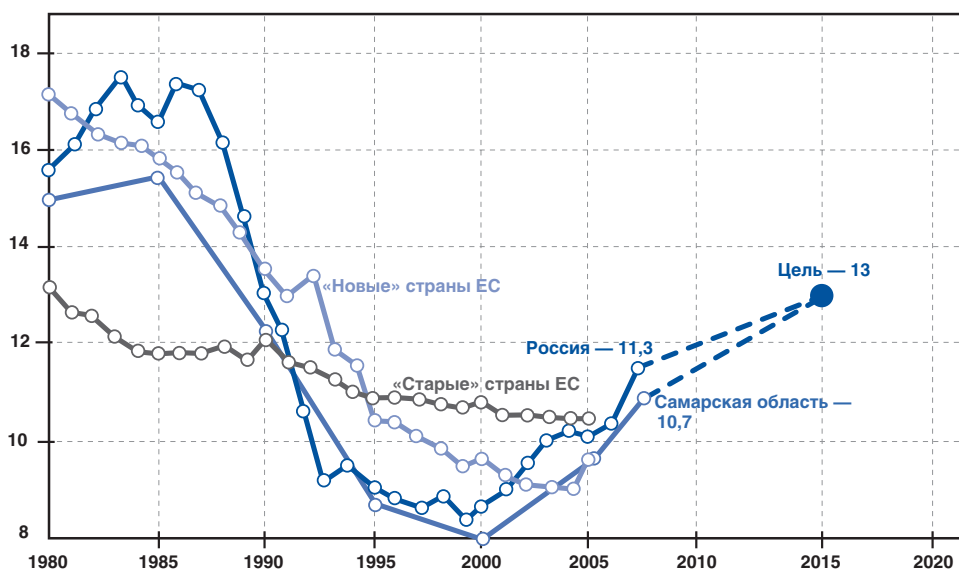


Рис. 5-п. Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)

Общий коэффициент смертности (число умерших от всех причин на 1000 человек) в СО в 2007 г. составил 15,3, что выше на 5%, чем в целом по РФ (14,7), на 37% выше, чем в «новых» странах ЕС (11,1) и на 53% — чем в «старых» странах ЕС (рис. 6-п). Отметим, что до 1989 г. смертность в СО, как и в среднем по РФ, была на уровне «старых» стран ЕС (10,5). **Рост смертности в СО как в целом по РФ произошел преимущественно за счет роста смертности трудоспособного населения.**

Показатель младенческой смертности (число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми; рис. 7-п) в СО составляет сегодня 6,8, т.е. на 38% ниже, чем в среднем по РФ (9,4). Хотя этот показатель постоян-

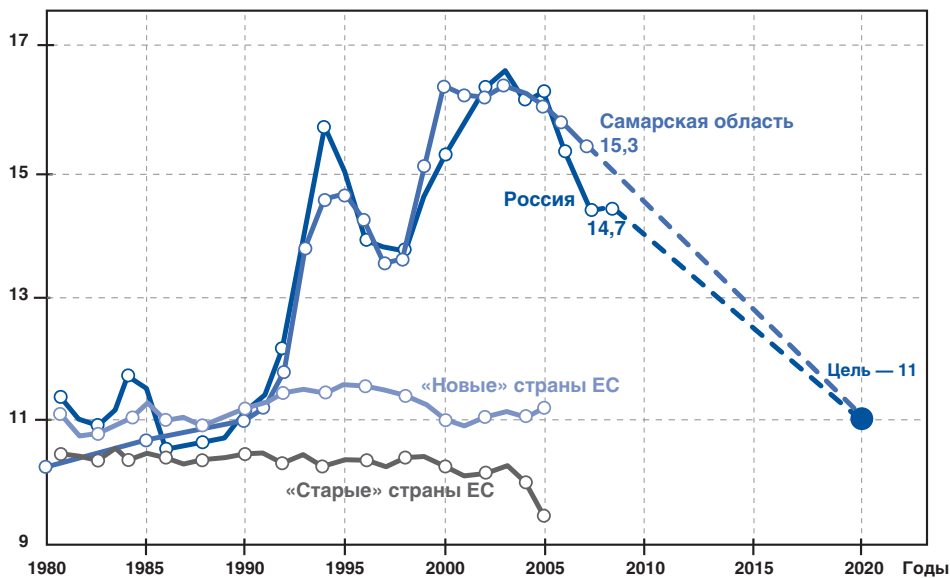


Рис. 6-п. Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)

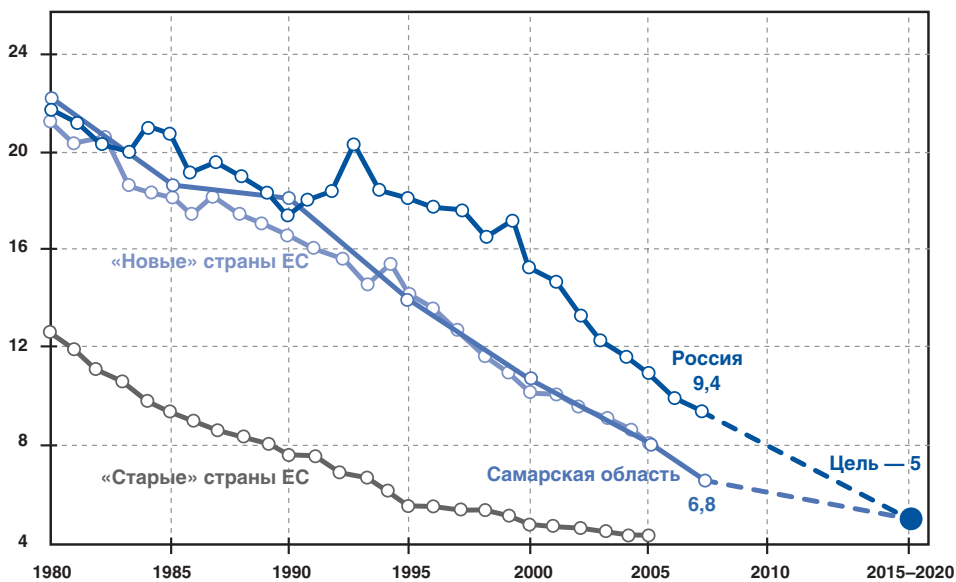


Рис. 7-п. Общий коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми)

но улучшается (что свидетельствует об эффективной организации в СО медицинской помощи беременным, роженицам, новорожденным и детям до 1 года), он остается на 42% выше, чем в «старых» странах ЕС. Поясним, что в показателе младенческой смертности в РФ учитывают родившихся с массой тела 1 кг и выше, а в европейских странах — от 0,5 кг. Это означает, что при переходе на учет младенческой смертности по европейской методике показатель в РФ и в СО окажется хуже как минимум на 15–20%. Показатель смертности детей от 0 до 5 лет (на 1000 детей соответствующего возраста) в СО на 32% ниже, чем в среднем по России. В структуре причин смертности детей этого возраста преобладают болезни новорожденных, врожденные аномалии, травмы и несчастные случаи. В структуре причин смертности детей от 5 до 17 лет на первом месте находятся внешние причины.

Структура причин смертности (рис. 8-п). В 2007 г. более 60% причин смертности в СО, как и в целом по РФ, приходилось на хронические неинфек-

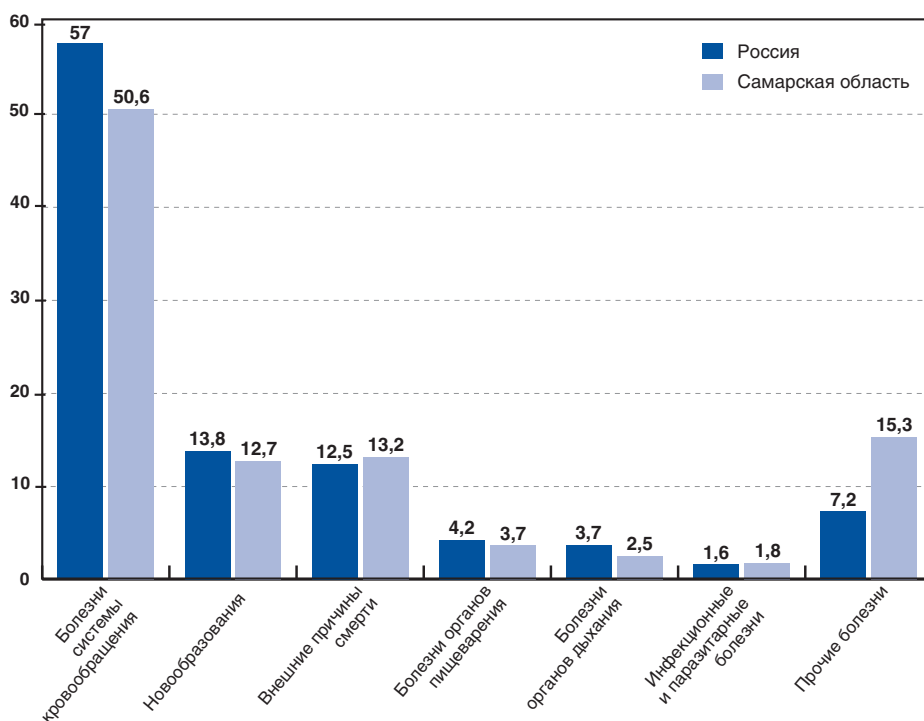


Рис. 8-п. Структура причин смертности

ционные заболевания: болезни системы кровообращения (50,6%) и новообразования (12,7%). Смертность от внешних причин составила 13,2% (в среднем по РФ — 12,5%).

С 1990 г. смертность населения в СО выросла по всем классам заболеваний (рис. 9-п), в том числе от болезней системы кровообращения на 30%, от травм и отравлений — на 100%. Некоторое снижение (на 8%) смертности от болезней системы кровообращения в СО в 2007 г. достигнуто благодаря реализации программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. **Анализ возрастной структуры смертности от болезней системы кровообращения показывает существенное увеличение смертности в трудоспособном возрасте.** Следует отметить, что из умерших от болезней системы кровообращения смерть у 30% мужчин трудоспособного возраста наступила на фоне повышенного содержания алкоголя в крови.

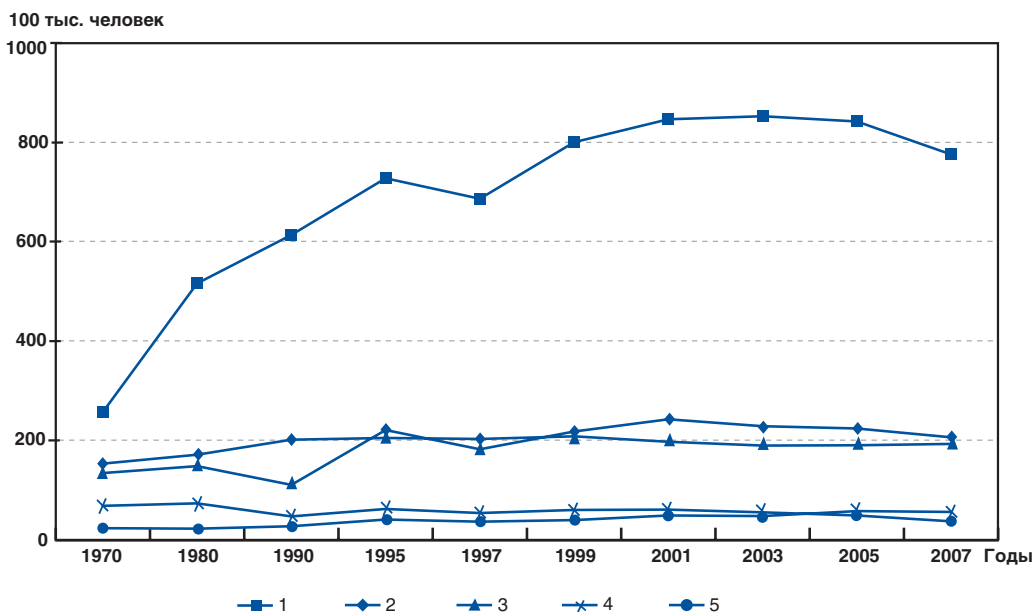


Рис. 9-п. Динамика смертности населения СО от отдельных причин на 100 тыс. населения:

1 — болезни системы кровообращения; 2 — новообразования; 3 — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействий внешних причин; 4 — болезни органов дыхания; 5 — болезни органов пищеварения

Удельный вес травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин в структуре смертности в СО в 2007 г. оказался на 15% выше, чем в среднем по РФ. **При этом 75% умерших от внешних причин были лица трудоспособного возраста.** В структуре внешних причин смерти наиболее высок удельный вес самоубийств (9%), транспортных несчастных случаев (8%), убийств (8%) и случайных отравлений алкоголем (6%).

1.2. Показатели здоровья населения

Общая заболеваемость населения. В структуре заболеваемости населения СО (рис. 10-п) преобладают болезни органов дыхания (23,5%), системы кровообращения (14,2%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,3%). Болезни органов пищеварения, глаза и его придатков, а также мочеполовой системы составляют приблизительно по 7%. Показатель общей заболеваемости (распространенность заболеваний) с 1980 г. в СО, как и в целом по РФ, увеличился в 1,5 раза, что, с одной стороны, связано с ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью болезней, с другой — с недостаточностью профилактики и общим ухудшением здоровья населения.

Здоровье новорожденных. Число детей, родившихся больными и заболевших в период новорожденности, выросло в СО с 1990 по 2007 г. в 2 раза, что во многом объясняется расширением возможностей диагностики и ранним выявлением заболеваний. Практически так же возросла и доля больных детей от всех родившихся — с 18 до 35%.

Инвалидность населения. Всего инвалидов в СО — 248 тыс. человек, или 8% населения. Показатель впервые признанных инвалидами практически не уменьшается с 1994 г. (в 1994 г. — 84 случая на 10 тыс. населения, в 2007 г. — 77,4). Из впервые признанных инвалидами 50% составляют лица трудоспособного возраста.

В развитии заболеваемости и смертности населения Самарской области, как и в целом по РФ, наибольшее значение имеют 4 фактора риска: высокие артериальное давление и уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя.

Злоупотребление алкоголем — одна из важнейших проблем общественного здоровья в РФ и в СО в частности. В РФ потребление алкоголя в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР (по разным данным, оно оценивается в 11–18 л на душу населения в год в пересчете на чистый спирт). В СО этот показатель оценивается приблизительно в 8 л/год (экспертные оценки).

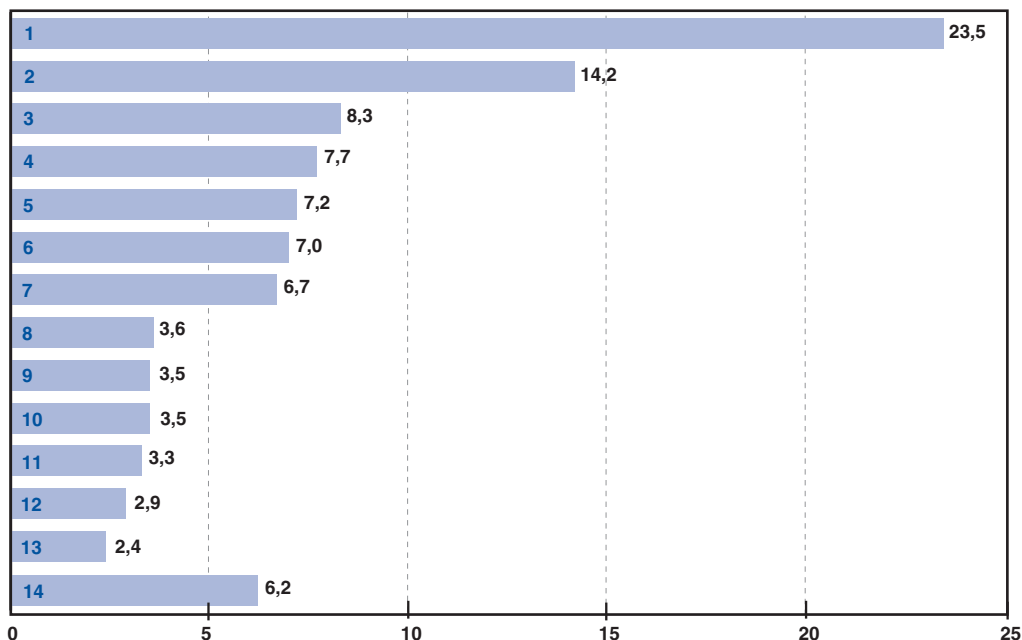


Рис. 10-п. Структура общей заболеваемости населения СО:

1 — болезни органов дыхания; 2 — болезни системы кровообращения; 3 — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; 4 — болезни мочеполовой системы; 5 — болезни глаза и его придаточного аппарата; 6 — болезни органов пищеварения; 7 — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; 8 — болезни кожи и подкожной клетчатки; 9 — болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; 10 — болезни нервной системы; 11 — некоторые инфекционные и паразитарные болезни; 12 — новообразования; 13 — болезни уха и сосцевидного отростка; 14 — прочие болезни

Табакокурение. В РФ курят более 50% взрослого населения, что в 2 раза выше, чем в среднем по ОЭСР. При этом курение является одним из факторов риска развития болезней системы кровообращения, хронических заболеваний легких и провоцирует многие новообразования. В СО курят 56% мужчин и 16% женщин.

Говоря о приверженности здоровому образу жизни, нужно отметить, что активно занимаются физической культурой и спортом в СО только 12% населения (средний показатель по России — 15%, по странам ЕС — 40%). В то же время избыточную массу тела в СО имеют 67% мужчин и 53% жен-

щин. Потребление овощей и фруктов более чем у 60% населения области меньше, чем рекомендовано (400 г/день).

Выводы по разделу 1

Таким образом, проведенный анализ показал, что демографические показатели СО в целом хуже, чем в среднем по РФ; они характеризуются более высокой смертностью и более низкой рождаемостью. Исключение составляет показатель младенческой смертности — один из лучших по РФ. Устойчивая тенденция к ухудшению показателей здоровья детского и взрослого населения СО требует целенаправленных действий со стороны Минздравсоцразвития СО. При формировании Стратегии следует также учесть крайне низкие приверженность населения СО к здоровому образу жизни и степень его ответственности за собственное здоровье.

РАЗДЕЛ 2. Ресурсы и анализ деятельности системы здравоохранения

2.1. Финансирование здравоохранения

Источники финансирования. Основные источники финансирования здравоохранения СО, их объемы и доля в общем объеме финансирования представлены в табл. 9-п. Общий объем финансирования здравоохранения СО в 2007 г. был равен 36,5 млрд руб. Из них средства населения и работодателей (ДМС и прямые договора) составили 46%, что выше на 16%, чем в целом по России (32%).

Основным государственным источником финансирования здравоохранения СО является консолидированный бюджет, доля которого составляет 63% (с учетом платежа на неработающее население); на долю ОМС приходится 29%.

В СО, как и в РФ (см. табл. 3, стр. 87) существует несколько распорядителей финансовых средств, поступающих в ЛПУ (в зависимости от источника финансирования: федеральный бюджет, региональный бюджет, муниципальный бюджет и средства ОМС). Это затрудняет управление этими средствами на уровне ЛПУ и размывает ответственность за исполнение ПГГ.

Для анализа объемов финансирования здравоохранения СО были отобраны 13 субъектов РФ с близкими значениями ВРП на душу насе-

Таблица 9-п

Объемы и структура финансирования здравоохранения СО

I. Государственные источники финансирования здравоохранения — 19,8 млрд руб.			
		Абсолютные значения	Доля в государственных расходах, %
1	Муниципальные средства	3,09	16
2	Средства областного бюджета, включая платеж на неработающее население	9,34	47
3	Средства ОМС (ЕЧН и дотации из Федерального фонда ОМС) без платежа на неработающее население	5,78	29
4	Средства федерального бюджета	1,59	8
II. Средства населения и работодателей — 16,7 млрд руб.			
		Абсолютные значения	Доля от общих средств населения, %
5	Платные медицинские услуги, в том числе в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (2,28) и ДМС	4,14	25
6	Оплата лекарств и изделий медицинского назначения в амбулаторных условиях	11,6	70
7	Оплата санаторно-курортных путевок	0,98	5
III. ВСЕГО I + II — 36,5 млрд руб.			

ния: $\pm 15\%$ от среднего значения по РФ (186 тыс. руб. на душу населения в 2007 г.), а также Москва и страны ОЭСР (рис. 11-п).

Доля финансирования здравоохранения из государственных источников в ВРП (рис. 12-п) в СО в 2007 г. была равна 3,2%, это в 2 раза ниже, чем в странах ОЭСР (6,5% ВВП), на 12,5% ниже, чем в среднем по РФ (3,7% ВВП), а также на 30% и более ниже, чем в Московской, Свердловской и Тюменской областях (4,5–5% ВРП).

Подушевые государственные расходы на здравоохранение в 2007 г. в СО (рис. 13-п) составляли 6,2 тыс. руб., это в 5 раз ниже, чем в странах ОЭСР, и на 8% ниже, чем в среднем по РФ (6,7 тыс. руб.)¹, в Пермском крае, Ли-

¹ Расходы на здравоохранение по РФ в среднем не включают федеральные средства на санитарно-эпидемиологический контроль, медицинскую науку и образование.

Тыс. руб.

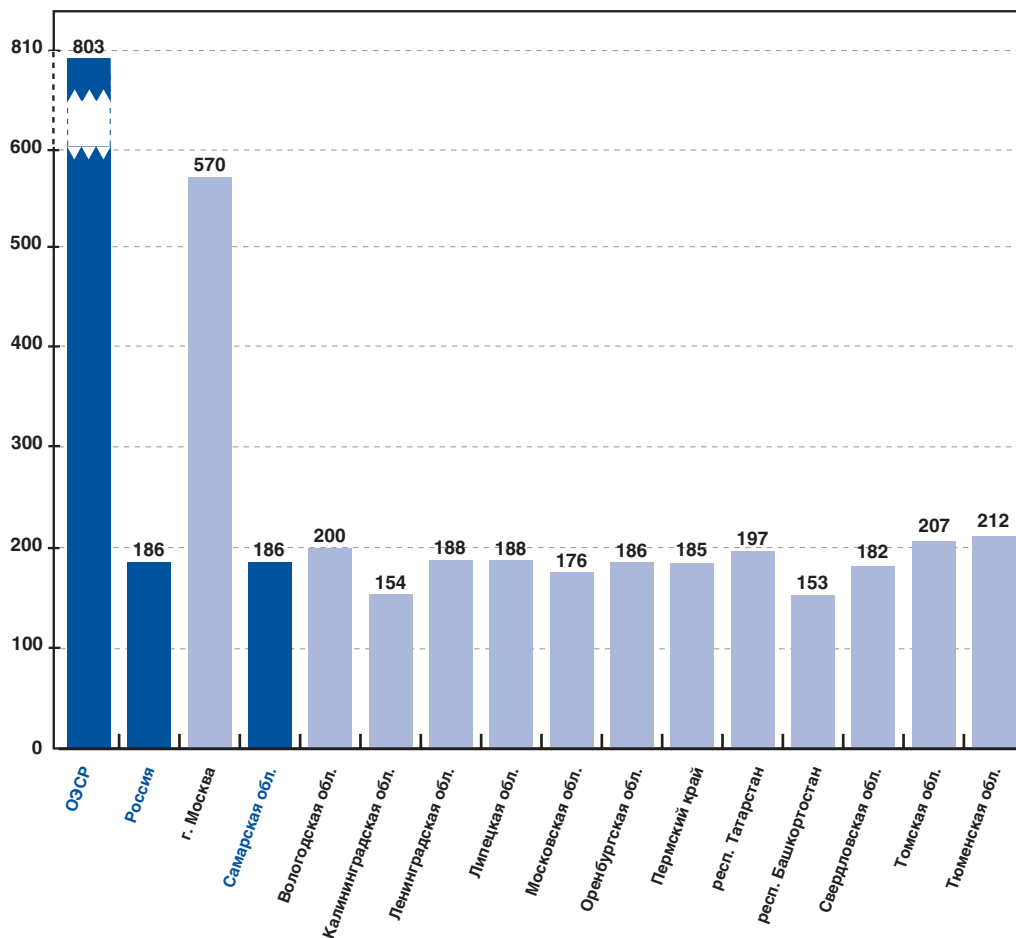


Рис. 11-п. Подушевые значения ВРП (ВВП) в 2007 г. (тыс. руб.)

пецкой области, и на 30% и более ниже, чем в Московской, Свердловской и Тюменской областях (8–10 тыс. руб.).

Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ (включая платеж на неработающее население) — практически «добрая воля» субъекта РФ по финансированию здравоохранения (рис. 14-п): в СО этот показатель составляет 14,5% и находится на среднем по РФ уровне, но ниже, чем в Оренбургской, Липецкой, Свердловской, Ле-

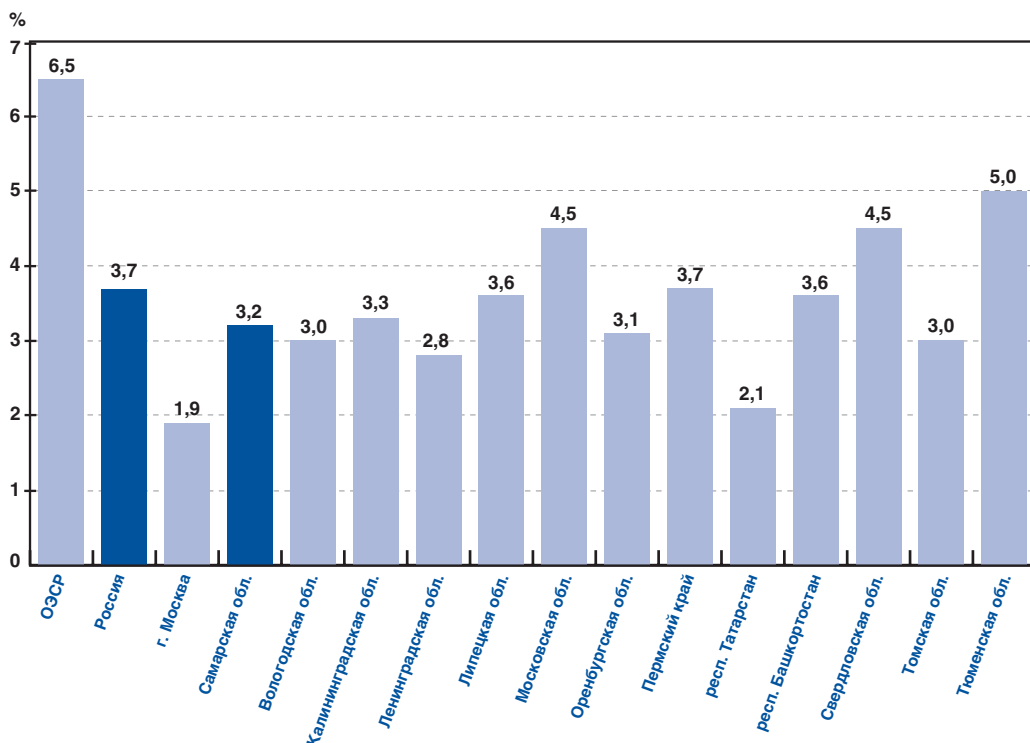


Рис. 12-п. Доля финансирования здравоохранения из государственных источников в ВРП (ВВП) в 2007 г.

нинградской и Тюменской областях, Пермском крае и Башкортостане (16–22%).

Подушевые расходы на платные услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения представлены на рис. 15-п (серые столбцы) по сравнению с подушевыми расходами на ТПГГ (без федеральных средств) — синие столбцы. Видно, что в Самарской, Вологодской и Тюменской областях эти расходы самые высокие (720 руб. и более в год на душу населения) — почти в 2 раза выше, чем в среднем по РФ (400 руб.). При этом покупательная способность в СО в 2007 г. находилась на среднем уровне по РФ (оценено по среднедушевым денежным доходам населения в месяц — 13 тыс. руб.). Вместе с тем расходы на ПГГ (без учета федеральных средств) в СО на 27% ниже, чем в среднем по РФ.

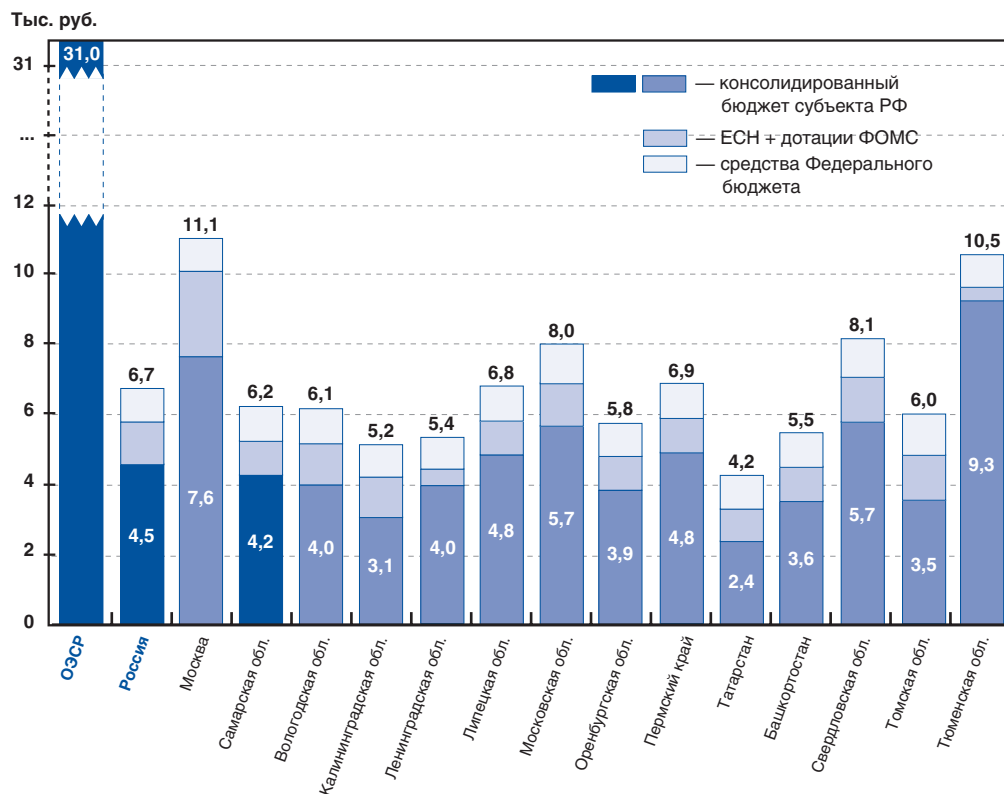


Рис. 13-п. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в 2007 г. (тыс. руб.)

2.2. Расходы системы здравоохранения по статьям затрат

Структура расходов на ПГГ (без целевых программ и инвестиций) по основным статьям затрат в СО представлена в табл. 10-п, из которой видно, что в 2007 г. в СО доля затрат на заработную плату составила 53%, что ниже, чем в целом по РФ (57%). Вместе с тем доля затрат на увеличение стоимости основных фондов была выше, чем в среднем по РФ, на 1,6%, а затраты на медикаменты и расходные материалы — выше на 5,5%. Расходы на непрерывное медицинское образование (НМО) составили 0—0,2%.

Расходы на заработную плату (рис. 16-п). Результаты, полученные при сравнении по этому показателю СО с субъектами РФ, имеющими близкие значения ВРП на душу населения показывают, что среднемесячная

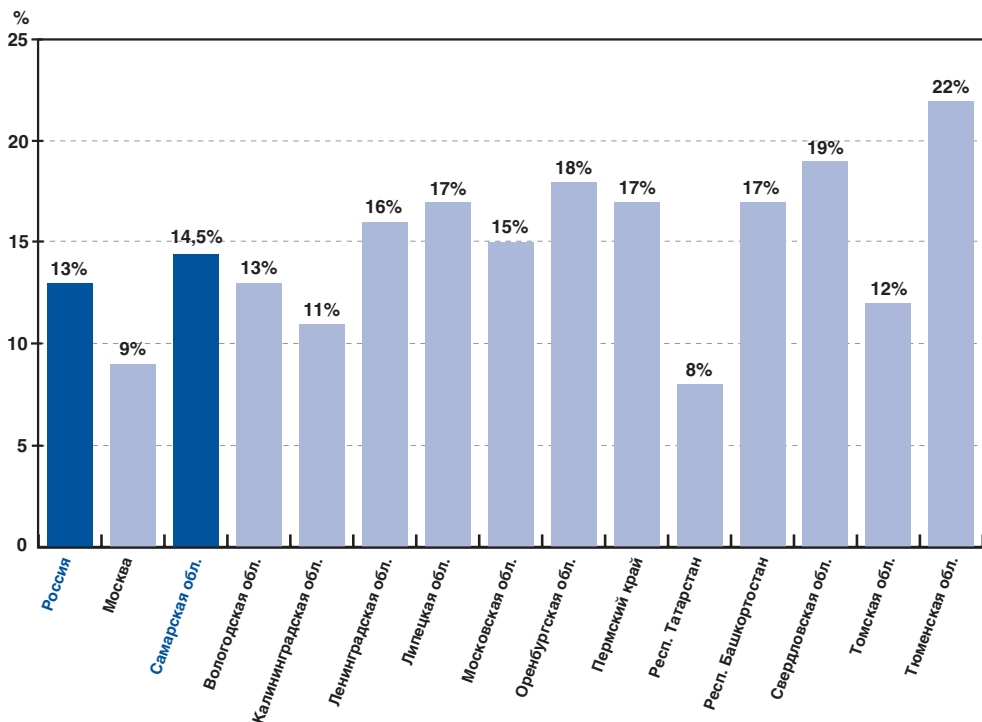


Рис. 14-п. Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъектов РФ 2007 г.

номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения в СО составляет 9,2 тыс. руб. — это на 8% ниже, чем в РФ, и ниже в 1,5–2 раза, чем в Свердловской, Московской и Тюменской областях. Более того, соотношение заработной платы в здравоохранении и экономике (без учета бюджетников) в СО значительно ниже, чем в Москве, Московской, Ленинградской, Калининградской и Свердловской областях.

Коэффициент отношения заработной платы работников здравоохранения к месячному ВРП в СО составляет 0,6 (рис. 33, стр. 109), что соответствует среднему значению по РФ, однако в 5 раз ниже, чем в странах ОЭСР (3,0), в 1,3 раза ниже, чем в Калининградской и Свердловской областях, и в 2 раза ниже, чем в Московской и Тюменской областях.

Обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях. Населению СО (отдельным его категориям), государство покрывает расходы на лечение в

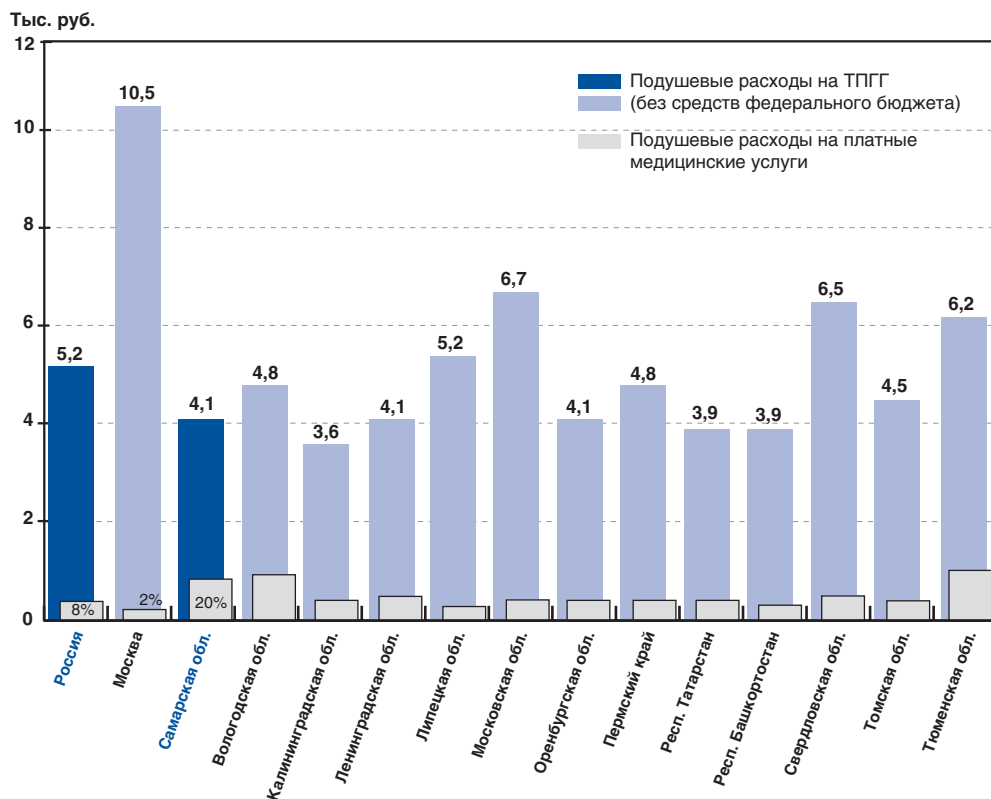


Рис. 15-п. Подушевые платные услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения и подушевые расходы на ПГГ в 2007 г. (тыс. руб.)

Таблица 10-п

Структура расходов на ПГГ в 2007 г. (без целевых федеральных и областных программ), %

Статья затрат	РФ	СО (16,24 млрд руб.)
Заработная плата с начислением	57	53 (8,5 млрд руб.)
Медикаменты и расходные материалы	11	16,5 (2,69 млрд руб.)
Увеличение стоимости основных фондов (недорогостоящее оборудование)	4,4	6 (1,0 млрд руб.)
Расходы на непрерывное медицинское образование	0–0,2	0–0,2
Другие расходы (ЖКХ, питание, текущий ремонт и др.)	27,6	25,5

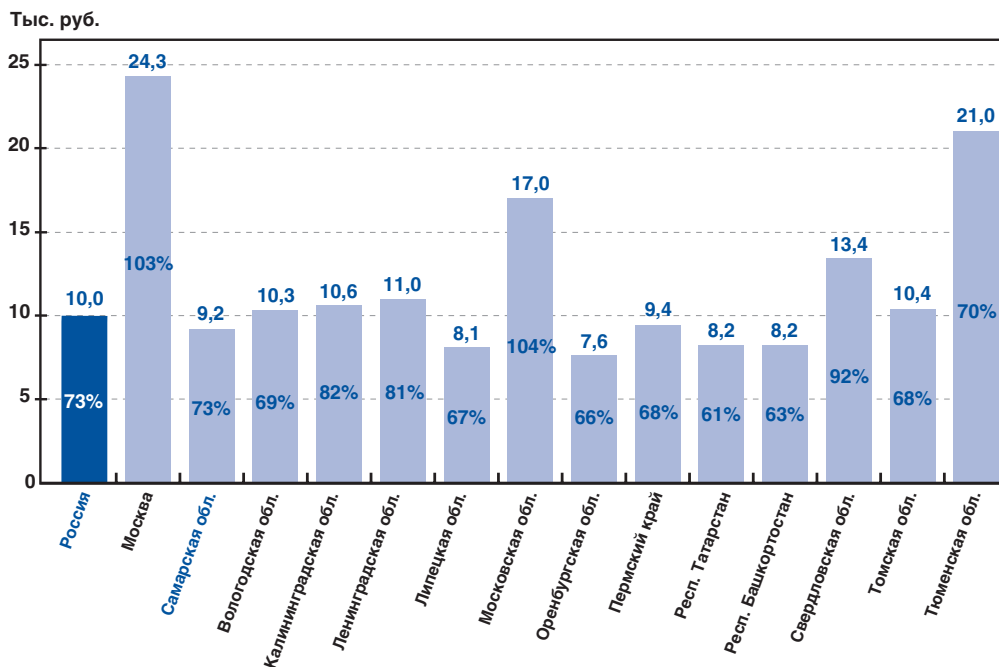


Рис. 16-п. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения (за 2007 г.) — столбики; % на столбиках — ее соотношение к оплате труда в экономике

амбулаторных условиях на сумму 550 руб. в год, или 37 \$ППС (1 \$ППС = 15 руб.); это в 7 раз меньше, чем в странах ОЭСР, а в относительных показателях (доля в ВВП или ВРП) — меньше в 3 раза (соответственно 0,3 и 0,9%; (см. рис. 26 и рис. 27, стр. 82). Подушевые государственные расходы на медикаменты и перевязочные средства по ПГГ в стационарных и амбулаторных условиях (без целевых федеральных и областных программ) из всех рассматриваемых субъектов РФ наиболее высоки в СО — 950 руб. на душу населения).

Расходы на увеличение стоимости основных средств в здравоохранении в 2002–2007 гг. представлены на рис. 17-п. В СО они были выше, чем в других субъектах РФ, например в 2006 г. эти затраты составили 1,6 тыс. руб. на душу населения (в 1,5–2 раза больше, чем в других регионах).

Более низкие подушевые расходы на здравоохранение в СО (6,2 тыс. руб.) по сравнению с РФ в целом (6,7 тыс. руб.) обусловили и более низкие тарифы (табл. 11-п) по основным видам медицинской помощи — на 20% ниже, чем

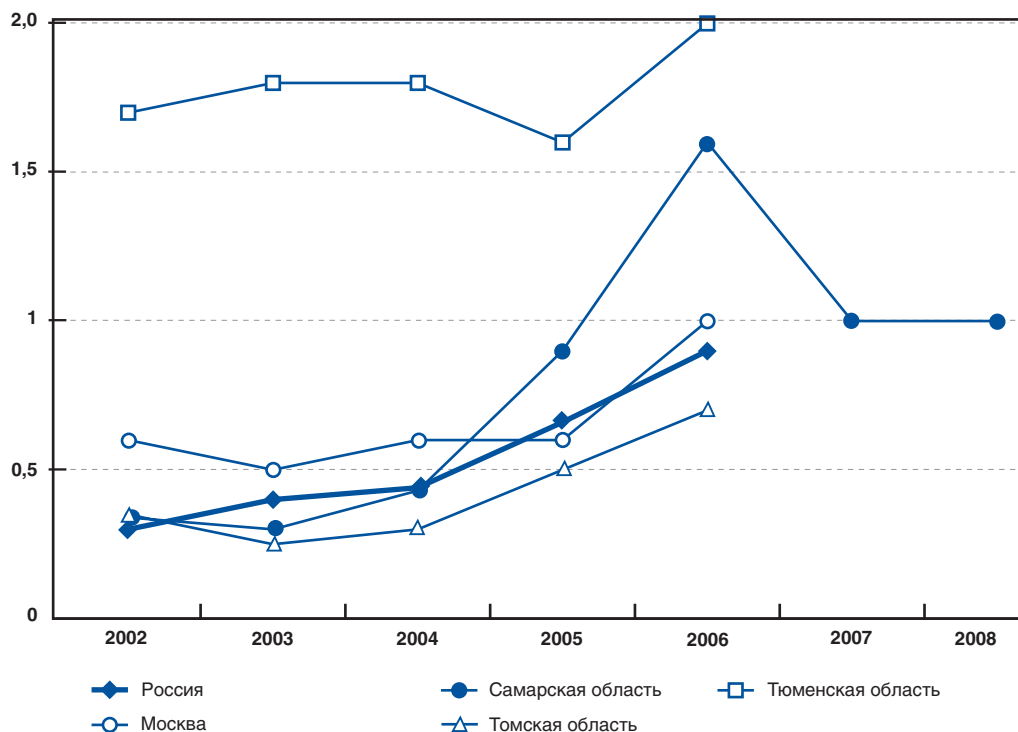


Рис. 17-п. Подушевые расходы на увеличение стоимости основных средств в здравоохранении

Таблица 11-п

Тарифы на медицинскую помощь в СО (2007 г.), руб.

Показатель	Самарская область	РФ	Страны ОЭСР
Средняя стоимость амбулаторно-поликлинического посещения	143	154	1000
Средняя стоимость вызова скорой медицинской помощи	742	888	—
Стоимость 1 койко-дня круглосуточном стационаре	688	861	15 000
Средняя стоимость 1 госпитализации	8 190 (11,9)	11 280 (13)	60 000 (4)

Примечание. В скобках — средняя длительность койко-дня.

в среднем по РФ, и более чем в 5 раз ниже, чем в странах ОЭСР). При этом стоимость ЛС, оборудования и расходных материалов, а также тарифы на ЖКХ практически равны зарубежным. Это означает, что медицинская помощь в СО, оказываемая при большинстве заболеваний, не соответствует международным стандартам.

Выводы по разделам 2.1 и 2.2

Проведенный анализ позволяет заключить, что:

1. Система финансирования здравоохранения СО сложна для администрирования и не соответствует требованию взаимосогласованности в оказании медицинской помощи по ее этапам и видам (так как финансирование осуществляется из разных источников).
2. Раздельное финансирование прямых расходов на медицинскую помощь (заработная плата, медикаменты, питание больных и др.) из системы ОМС и расходов на содержание учреждений здравоохранения из муниципальных и регионального бюджетов приводит к усложнению администрирования в ЛПУ. Руководители ЛПУ не могут оперативно управлять расходами учреждения из-за многоканальности и сметно-бюджетного принципа финансирования.
3. Здравоохранение СО недофинансировано как по относительным показателям — доле ВРП (<3,5%), так и в абсолютных значениях (<6,7 тыс. руб. на человека в год), по сравнению со средним по РФ и с аналогичными показателями в большинстве субъектов РФ, имеющих близкие значения ВРП на душу населения.
4. Абсолютные затраты населения СО на платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения — одни из самых высоких в РФ. Сохранение высоких расходов населения на медицинскую помощь нецелесообразно в связи с существенным ростом других затрат населения (обусловленных, например, ростом тарифов на ЖКХ, расходов на продукты питания).
5. Недофинансирование здравоохранения СО приводит к снижению расходов на оказание медицинской помощи по другим статьям, например по статье «заработная плата медицинских работников». В ряде субъектов РФ (Ленинградская, Московская, Тюменская об-

ласти) в целях сохранения кадров в государственной системе здравоохранения руководители вынуждены были изменить структуру финансирования здравоохранения в пользу заработной платы.

6. Недофинансирование здравоохранения СО приводит также к невозможности оказывать медицинскую помощь в соответствии с современными международными стандартами.

2.3. Кадры здравоохранения

Число врачей и средних медицинских работников в СО (рис. 18-п), как и в среднем по РФ, выше, чем в странах ОЭСР. Однако при общей численности врачей около 41 на 10 тыс. населения, что выше, чем в странах ОЭСР, на 25%, в госсекторе их число выше лишь на 12%. Число средних медицинских работников в СО практически такое же, как в странах ОЭСР (87 на 10 тыс. населения); однако в госсекторе оно меньше на 13%. Соотношение врач/средний медицинский работник в СО составляет в целом 1:2,3, в госсекторе — 1:2,1; это ниже, чем в странах ОЭСР (1:2,9).

На рисунке 18-п на основе анализа баланса кадров за предшествующий 5-летний период представлена прогностическая оценка численности врачей и средних медицинских работников до 2012 г. Так, за последние 5 лет в СО ежегодный баланс кадров (разница между пришедшими на работу и ушедшими) в госсекторе был отрицательным: число врачей за год уменьшались на 140, средних медицинских работников — на 560 (60% из них уходили в частный сектор здравоохранения и другие сектора экономики). Вместе с тем из ежегодного выпуска СамГМУ врачей в госсектор приходило всего 70%, а из выпуска медицинских училищ — только 40%. Единственный год позитивного баланса кадров за последние 5 лет — 2006 г. (начало реализации ПНП «Здоровье» и повышения зарплатных плат).

На основании этих расчетов составлен прогноз кадровых изменений до 2012 г. При отсутствии каких-либо действий со стороны органов управления здравоохранением (например, увеличение заработной платы медицинским работникам) численность кадров в госсекторе к этому сроку сократится до критического уровня, что не позволит обеспечить необходимые объемы медицинской помощи по ПГГ, особенно принимая

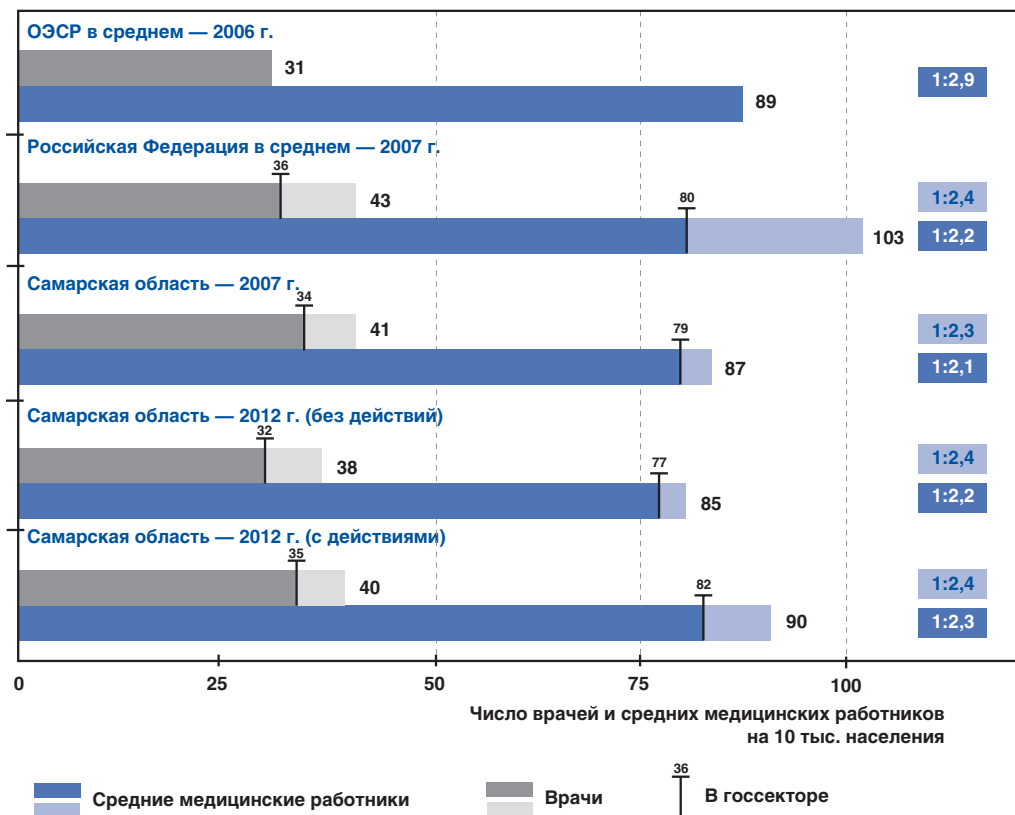


Рис. 18-п. Число врачей и средних медицинских работников на 10 тыс. населения (2007 г.). Правая колонка — соотношение врачей и медицинских сестер (верхний прямоугольник — в целом, нижний — в государственном секторе)

во внимание рост заболеваемости населения. К 2012 г. численность врачей сократится до 32 на 10 тыс. населения, а медицинских сестер — до 77 на 10 тыс. населения.

Следует учесть, что сегодня в государственном секторе возросло до 14% (с 8% — в 2003 г.) число пенсионеров (по возрасту и инвалидности). Кроме того, ежегодный выпуск медицинских вузов и училищ будет сокращаться из-за демографического провала (сегодня в РФ молодежи в возрасте 21 года в 2 раза больше, чем 5-летних; такое же соотношение сохраняется для 5–14-летних). Все это может ускорить динамику снижения численно-

ти медицинских кадров в СО, т.е. к 2012 г. их число может сократиться в большей степени, чем ожидается (см. рис. 17-п).

Отметим, что коэффициент совместительства (т.е. показатель интенсивности труда) среди медицинских работников СО в среднем составляет 1,4. Обеспеченность некоторыми специалистами (фтизиатры, врачи-лаборанты, врачи-анестезиологи, врачи-патологоанатомы, врачи-рентгенологи, школьные врачи) из-за невысокой заработной платы крайне низкая — до 50%. В СО также имеется дефицит фармацевтических кадров. В большей степени нехватка всех специалистов ощущается в сельской местности. Кадры частной системы здравоохранения в большинстве случаев не могут рассматриваться как резерв для оказания услуг по ПГГ, поскольку в основном это представители таких специальностей, как стоматология, кожная венерология, урология, офтальмология. Более того, частные учреждения здравоохранения не всегда охотно готовы оказывать медицинскую помощь по существующим в ПГГ тарифам.

В системе здравоохранения СО наблюдается не только нехватка медицинских сестер (и как следствие дисбаланс в соотношении врач/средний медицинский работник), но и дисбаланс в соотношении: врачи первичного контакта/«узкие» специалисты (работающие в поликлиниках и стационарах). Это отношение в СО составляет 1:4 (в странах ОЭСР — 1:2). Вместе с тем именно врачи первичного контакта должны нести основную ответственность за здоровье прикрепленного населения и организацию медицинской помощи пациентам.

Следует также подчеркнуть, что российские врачи, особенно в первичном звене здравоохранения, крайне перегружены бумажным документооборотом, выполняют функции, с которыми могли бы справиться медицинские сестры или секретари; рабочее время врачей не оптимизировано. Это приводит, с одной стороны, к их перегрузке, с другой — к снижению качества медицинской помощи пациентам.

Квалификация медицинских кадров. Основным пробелом в этом направлении является отсутствие в РФ **ежегодного** повышения квалификации медицинских работников и **ежедневного** использования ими на рабочих местах современных руководств, т.е. отсутствие системы НМО. Следует отметить также, что выпускники медицинских вузов слабо владеют практическими навыками и современной информацией по диагностике

и лечению заболеваний, представленной в клинических рекомендациях профессиональных медицинских обществ.

Курсы квалификации, которые российские врачи проходят 1 раз в 5 лет, часто носят формальный характер, их уровень не всегда соответствует современным медицинским научным знаниям и потребностям здравоохранения.

Вместе с тем наши зарубежные коллеги провели исследования, показавшие, в какие суммы обходится здравоохранению низкая квалификация врачей (табл. 12-п). В России такие исследования еще предстоит выполнить, однако, по некоторым экспертным оценкам и выборочным исследованиям, несоответствие качества оказания медицинской помощи современным стандартам отмечается более чем в 40% случаев.

Таблица 12-п

Врачебные ошибки и их последствия

№	Страна	Наименование
1	Великобритания	Ежегодно 850 тыс. осложнений, связанных с неправильными действиями врачей. Осложнения имеют 10% госпитализированных пациентов (половину из них можно предотвратить), и это обходится в дополнительные 8,5 дня госпитализации на 1 случай. Ущерб — 3 млрд долл.
2	Канада	Врачебные ошибки регистрируют у 1 пациента из 13 госпитализированных. Ущерб — 1,1 млн дней дополнительной госпитализации в год
3	США	Ежегодно 44–98 тыс. смертей, связанных с врачебными ошибками. Ущерб — 17–29 млрд долл.
4	Россия	Систематические исследования по безопасности лечения и врачебным ошибкам не ведутся. Ущерб неизвестен

Выводы по разделу 2.3

Таким образом, необходимы срочные меры:

- ▶ по сохранению кадрового потенциала отрасли, в том числе по повышению заработной платы работников здравоохранения с запланированных в 2009 г. 12,6 тыс. руб. до 16,5 тыс. руб.;
- ▶ по изменению соотношения между врачами первичного контакта и «узкими» специалистами;

► по привлечению врачей ряда специальностей, обеспеченность которыми ниже 50%, медицинских и фармацевтических кадров в сельскую местность;

► по повышению квалификации медицинских кадров, в том числе по внедрению системы НМО и оснащению рабочих мест врачей современными руководствами и системами поддержки при принятии клинических решений.

2.4. Учреждения здравоохранения

В СО 89 больничных и 38 амбулаторно-поликлинических учреждений, а также 559 фельдшерско-акушерских пунктов. Данные об общем числе коек в госсекторе представлены на рис. 19-п. Частный коечный фонд составляет 4% от общего.

В СО в 2007 г. число коек составляло 83 на 10 тыс. населения, что на 43% меньше, чем в странах ОЭСР. При этом в структуре коечного фонда преобладают койки интенсивного лечения (для пациентов, требующих круглосуточного врачебного наблюдения) — 80%. В странах ОЭСР их доля составляет 33%, а остальные 67% приходятся на койки, которые требуют меньших затрат (койки для восстановительного лечения, реабили-

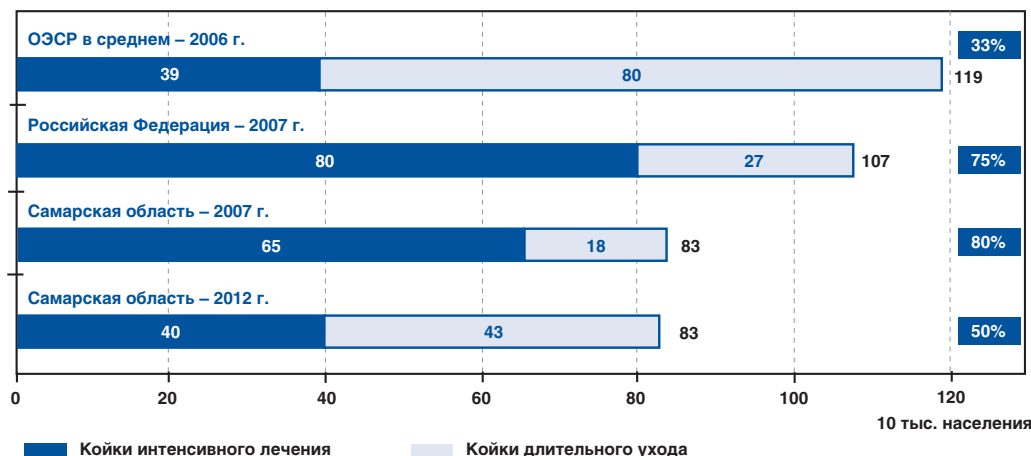


Рис. 19-п. Число коек и структура коечного фонда на 10 тыс. населения (2007 г.)

литации и длительного ухода). Данная диспропорция говорит о нерациональном использовании дорогостоящего коечного фонда в СО.

В таблице 13-п представлены данные об оснащенности современным оборудованием медицинских учреждений в СО, по РФ в среднем и в странах ОЭСР. Из нее видно, что показатели по СО во много раз хуже, чем в странах ОЭСР.

Таблица 13-п

Оснащенность современным медицинским оборудованием (на 1 млн населения)

Показатель	СО	РФ	ОЭСР
Маммографы	11,6	13,5	20
Магнитно-резонансные томографы	1,6	2,3	10
Компьютерные томографы	3,4	5,6	20,6

Выводы по разделу 2.4

В целях модернизации учреждений здравоохранения необходимо:

- ▶ начать работу по реструктуризации коечного фонда с выделением коек сестринского или длительного ухода и коек восстановительного лечения и реабилитации; эта работа должна идти параллельно с увеличением численности врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и ВОП, а также повышением их квалификации;
- ▶ для всех видов коек разработать стандарты оснащения и нормативы обеспеченности кадрами, а также определить для каждого вида коек отдельные тарифы;
- ▶ оснастить учреждения здравоохранения современным диагностическим и лечебным оборудованием;
- ▶ с учетом роста тарифов ЖКХ (проект закона «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ» от 23.10.09 г.) необходимо срочно инвестировать средства в тепло и энергосберегающие технологии — установить в ЛПУ счетчики, пластиковые окна, разработать систему контроля за тепло- и энергосбережением. В указанном выше постановлении прописана динамика роста цен на газ до 2011 г.

(увеличение в 2 раза). Так как в европейской части России до 60% электроэнергии вырабатывается на газе и с учетом перехода на свободные рыночные цены на электроэнергию к 1 января 2011 г. тарифы на ЖКХ возрастут в 2 раза и превысят среднее значение по ЕС.

2.5. Технологии оказания медицинской помощи и качество медицинской помощи

Современные технологии лечения в здравоохранении СО и в среднем по РФ (табл. 14-п) применяются в десятки раз реже, чем в странах ОЭСР.

Таблица 14-п

Современные технологии лечения (на 100 тыс. населения), 2007 г.

Показатель	СО	РФ	Страны ОЭСР
Количество операций реваскуляризации на сердце	18	36,4	249
Количество операций по поводу катаракты	260	220	800
Число пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих гемодиализ и другие виды лечения	16	Нет данных	93
Количество операций пересадки почки	0,9	~0,47	25

О качестве медицинской помощи можно судить, сравнив ситуацию в РФ и странах ОЭСР с использованием международных индикаторов (табл. 15-п). Видно, что некоторые показатели (например, 5-летняя выживаемость пациентов с колоректальным раком и раком молочной железы, а также показатель госпитализации больных по поводу бронхиальной астмы) в СО хуже, а удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи ниже, чем в странах ОЭСР.

2.6. Управление системой здравоохранения

Реформирование системы здравоохранения СО можно условно разбить на два этапа с 1989 по 2003 г. и с 2004 по 2007 г. Реформы первого этапа предусматривали следующие направления (рис. 20-п):

► **Одноканальное финансирование** здравоохранения через систему ОМС подразумевало включение скорой медицинской помощи, большинства видов социально значимой, а также высокотехнологичной медицинской по-

Таблица 15-п

Международные индикаторы качества медицинской помощи

Показатель	СО	РФ	Страны ОЭСР
Для женщин в возрасте 50–60 лет, охваченных цитологическим скринингом, %	56	Нет данных	54
5-летняя выживаемость пациентов с колоректальным раком, %	46	48	59
5-летняя выживаемость пациентов с раком молочной железы, %	55	56	85
Внутрибольничная летальность (30 дней после установления диагноза) пациентов с инфарктом миокарда, %	11	20	10
Уровень госпитализации по поводу бронхиальной астмы (старше 18 лет) на 10 тыс. населения	16,6	Нет данных	5,8
Удовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи, %	29	31	70



Рис. 20-п. Опыт реформирования системы здравоохранения СО 1989–2003 гг.

мощи, льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях, а также включения всех статей затрат на обеспечение деятельности ЛПУ в структуру тарифа на медицинскую помощь (за исключением увеличения

стоимости дорогостоящих основных фондов). Объем средств территориальной программы ОМС достигал 90% от общих затрат на здравоохранение. Не финансировались через систему ОМС целевые областные программы, мероприятия по охране здоровья населения, служба медицины катастроф, центры по борьбе со СПИДом и деятельность ряда учреждений системы здравоохранения (бюро судебно-медицинской экспертизы, стационары длительного пребывания для психически больных и др.). Станция переливания крови действовала на хозрасчетной основе — стационары покупали ее продукцию по установленным ценам.

► **Оплата медицинской помощи по подушевому принципу с системой фондодержания.** Фондодержание — это система, при которой оплата медицинской помощи осуществляется в форме базовой медицинской услуги, включающей стоимость других медицинских услуг (по оказанию стационарной, скорой, лечебно-консультативной и других видов медицинской помощи). Врачи ПМСП управляют внешними (по отношению к поликлинике прикрепления) услугами для своих пациентов. Сэкономленные средства за счет снижения объемов внешних услуг могут направляться на стимулирование персонала учреждений, работающих в амбулаторных условиях.

► **Гибкое управление** руководителями ЛПУ финансовыми средствами учреждения в рамках выделенных лимитов, в том числе штатным расписанием и фондом оплаты труда.

Анализ 14-летнего опыта проекта позволил сделать ряд заключений:

1. Одноканальность, т.е. консолидация источников финансирования ПГГ в системе ОМС, позволяет планировать предстоящие расходы с учетом сложившихся потоков пациентов, оснащенности медицинских организаций и качества их работы за предыдущий период; оперативно и гибко решать непредвиденные проблемы (например, такие, как снижение объемов поступления финансовых средств), в том числе путем формирования резервов финансовых средств и перераспределения их по статьям расходов, а также выравнивать условия предоставления территориальной ПГГ для населения различных муниципалитетов. Централизация финансирования (с включением скорой медицинской помощи в систему ОМС) позволяет сохранить единство и преемственность сложившихся технологий оказания медицинской помощи населению на всех ее этапах и уровнях. Более того, в условиях одноканального финансирования повышаются уп-

правляемость медицинских организаций и их подконтрольность органам управления здравоохранением.

2. Система подушевого финансирования и фондодержания позволила повысить заинтересованность медицинских работников, работающих в амбулаторных условиях, с одной стороны, в улучшении здоровья населения, с другой — в экономии ресурсов здравоохранения. Так, в Самарской области за 15 лет выполнения проекта удалось снизить количество коек в стационарах на 40%, количество вызовов скорой медицинской помощи — на 35%, необоснованных госпитализаций — на 30%; сократить соотношение затрат на амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь с 1:2 до 1:1; начать реструктуризацию сети стационаров с выделением коек интенсивного лечения и менее дорогостоящих коек для долечивания и сестринского ухода. При этом результаты медицинской помощи (здоровье населения) по ряду показателей улучшились (например, в этот период в результате проведения целевых программ в СО наблюдалось последовательное снижение младенческой смертности).

3. При внедрении системы одноканального финансирования, фондодержания и при расширении прав руководителей ЛПУ необходимо соблюдение ряда важнейших условий — это достаточная финансовая обеспеченность ПГГ, системный контроль качества оказания медицинской помощи со стороны органов управления здравоохранением (например, за задержку своевременного направления больного в стационар поликлиника штрафовалась) и обучение врачей и руководителей здравоохранения работе в новых условиях. При внедрении фондодержания необходимо также предусмотреть решение проблемы различных тарифов на ЖКХ в разных муниципалитетах. Сегодня расходы на ЖКХ составляют в среднем 4% в структуре расходов медицинской организации, но вследствие предстоящего их существенно-го роста в ближайшие годы эта доля увеличится. Решить проблему можно, если, например, принять постановление Правительства области, в котором будут установлены средние значения тарифов ЖКХ. По этим значениям будут компенсироваться расходы ЖКХ медицинским организациям через систему ОМС (муниципалитеты, в которых значения тарифов окажутся выше, будут решать эту проблему на местах за счет своих средств).

4. При рассмотрении вопроса о включении всех видов медицинской помощи в систему одноканального финансирования следует учитывать, что

скорая помощь может быть включена без ограничений, инфекционная и психиатрическая помощь — с учетом особых режимов финансирования, высокотехнологичная — поэтапно, с учетом планируемых объемов оказания этой помощи в субъектах РФ и их достаточного финансового обеспечения с указанием источника финансирования. **Что касается покрытия расходов медицинских учреждений,** то целесообразно покрывать их полностью, за исключением расходов на увеличение стоимости дорогостоящих основных фондов, которые должны компенсироваться учреждениям, участвующим в реализации ПГГ, из отдельных источников согласно специальной целевой (областной, федеральной) программе. Целесообразно сохранить финансирование расходов на охрану здоровья, санитарно-эпидемиологическое благополучие и на деятельность ряда учреждений здравоохранения (станций переливания крови, молочных кухонь, бюро судебно-медицинской экспертизы и др.) из региональных (муниципальных) бюджетов.

Опыт реформирования здравоохранения Самарской области в 2004—2007 гг. (рис. 20-п). В этот период активно развивался институт ВОП, были расширены региональные программы льготного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, продолжались целевые мероприятия по улучшению здоровья женщин детородного возраста и детей.

С 2005 г. было построено и оснащено более 120 офисов врачей общей практики, в результате улучшились качество и доступность медицинской помощи сельскому населению. Лекарственное обеспечение населения за счет средств областного бюджета увеличилось на 43% (со 130 руб. на душу населения в 2001 г. до 190 руб. — в 2007 г.), что совместно с федеральными программами по льготному лекарственному обеспечению позволило значительно повысить доступность лекарств населению в амбулаторных условиях.

В 2006—2007 гг. СО эффективно реализовывала ПНП «Здоровье». В результате за счет средств федерального бюджета заработная плата медицинских работников возросла в 1,3 раза, коэффициент совместительства в первичном звене здравоохранения уменьшился с 1,7 до 1,17; парк автомашин скорой медицинской помощи был обновлен на 70%. В первичном звене здравоохранения диагностическое оборудование обновилось на 36%;



Рис. 21-п. Опыт реформирования системы здравоохранения СО в 2004–2007 гг.

количество платных медицинских услуг в учреждениях родовспоможения за счет внедрения системы родовых сертификатов уменьшилось на 30%. Все это привело к стабилизации некоторых демографических показателей и показателей здоровья населения СО, в том числе к замедлению темпов сокращения численности населения.

Вместе с тем в этот же период из-за отхода от одноканального финансирования и системы фондодержания, а также перехода на учет объемов медицинской помощи в поликлиниках по посещениям существенно снизилась заинтересованность участковых врачей и ВОП в сокращении необоснованных объемов стационарной и скорой медицинской помощи и как следствие возросло число вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций, а также нивелировалась разница в оплате труда в зависимости от его результатов.

Современные инструменты управления государственной системой здравоохранения. Экономически эффективные (рыночные) инструменты управления государственными системами здравоохранения, активно внедряемые в странах ОЭСР, в СО пока недостаточно задействованы. Среди них: конкуренция между ЛПУ за исполнение государственного заказа; дифференцированная система оплаты труда медицинского персонала в зависимости от объема и качества оказанных услуг; аккредитация медицинских организаций; использование стандартов медицинской помощи. Отсутствуют также регламент принятия управленческих решений в здравоохранении, контроль за административными издержками и система оценки эффективности работы управленческого персонала.

Информатизация здравоохранения. На рисунке 22-п представлены данные об оснащенности учреждений здравоохранения СО компьютерной техникой — они в 2 раза выше, чем в других субъектах РФ.

Использование медицинских информационных систем — МИС (электронные истории болезни, компьютеризированные системы выписки рецептов и др.) в амбулаторных и стационарных учреждениях СО составляет около 15%, что равно оснащению МИС в других субъектах РФ, но меньше по сравнению с развитыми странами.

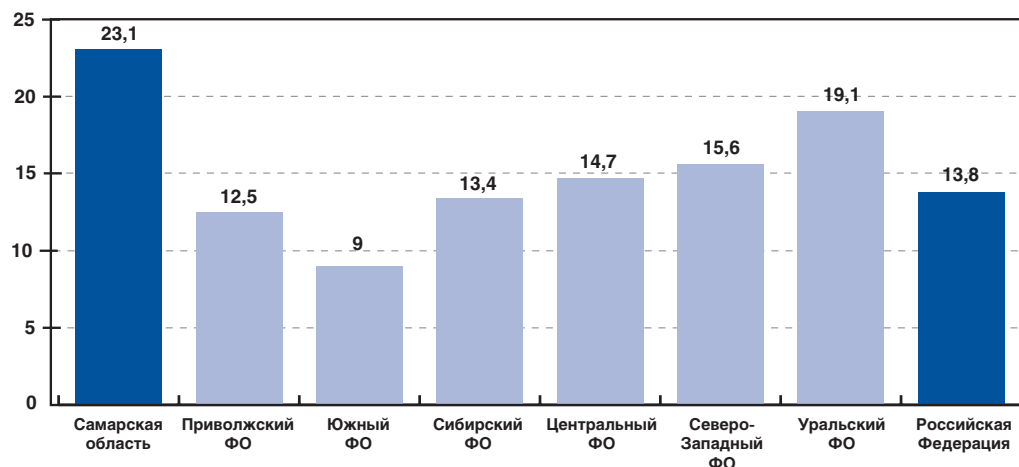


Рис. 22-п. Обеспеченность компьютерами в расчете на 100 медицинских работников в 2006 г.

Выводы по разделу 2.5–2.6

Для повышения качества медицинской помощи и эффективности управления необходимо:

- ▶ Поэтапно внедрять современные технологии диагностики и лечения заболеваний (до среднеевропейского уровня).
- ▶ Довести систему оценки качества медицинской помощи до международных стандартов (использовать международные показатели) и установить их целевые значения в соответствии с международными. Организовать систему аккредитации (добровольной сертификации) ЛПУ и их рейтинговую оценку на базе существующей сегодня в СО системы оценки конечных результатов деятельности ЛПУ.
- ▶ Поэтапно включить медицинские организации всех форм собственности в реализацию ПГГ и организовать конкуренцию между ними по критерию качества.
- ▶ Внедрить отраслевую систему оплаты труда с 2009 г.
- ▶ Ввести систему контроля эффективности госзакупок с 2009 г.
- ▶ Организовать одноканальное финансирование через систему ОМС с 2009 г.
- ▶ Перейти на подушевую оплату медицинской помощи в первичном звене и фондодержание с 2009 г.
- ▶ Провести курсы повышения квалификации управленческого персонала и внедрить критерии оценки их деятельности с 2009 г.
- ▶ Продолжить введение МИС, в первую очередь в поликлинических учреждениях (включая систему лекарственного обеспечения населения).

Выводы по I части

- ▶ Демографические показатели и показатели здоровья населения Самарской области неудовлетворительные и требуют существенного улучшения к 2020 г.
- ▶ В Самарской области население подвержено влиянию таких факторов риска развития заболеваний и смертности, как злоупотребление алкоголем, табакокурение, низкая физическая активность.
- ▶ Большинство причин высокой смертности и заболеваемости населения предотвратимы, и путь к этому — снижение влияния факторов риска, повышение качества и увеличение доступности медицинской помощи.

В СО деятельность системы здравоохранения недостаточно эффективна. Основные причины ее неэффективности:

- ▶ Недофинансирование ПГГ по сравнению с РФ в среднем и с субъектами РФ с близкими доходами на душу населения. Это определяет низкие доступность и качество медицинской помощи и несоответствие технологий оказания медицинской помощи современным стандартам.
- ▶ Низкая заработная плата работников здравоохранения, которая на 8% ниже, чем в целом по РФ, и в 1,5–2 раза ниже, чем в ряде субъектов с близкими доходами на душу населения (Свердловской, Московской, Тюменской областях). Низкая заработная плата приводит к сокращению численности кадров в государственном секторе здравоохранения и низкой мотивации в качественному труду. Через 5 лет без отсутствия каких-либо действий со стороны органов управления здравоохранением численность медицинских кадров достигнет критического уровня, что поставит под угрозу реализацию территориальной ПГГ.
- ▶ Недостаточная квалификация медицинских кадров.
- ▶ Структурные диспропорции в пользу стационарной медицинской помощи, в том числе нерациональное использование коечного фонда; недостаточная роль первичного звена здравоохранения, в том числе недостаточная профилактическая работа с населением.
- ▶ Слабая ориентированность системы здравоохранения на нужды и оправданные ожидания пациентов.
- ▶ Низкая эффективность управления, в том числе отсутствие стратегического планирования с конкретными целями по улучшению здоровья населения и отсутствие экономически эффективных (рыночных) инструментов управления — таких, как конкуренция между медицинскими организациями различной формы собственности; внедрение системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от качества и объемов оказанной медицинской помощи.

Повышение эффективности управления подразумевает также организацию одноканального финансирования ЛПУ, переход на полный

тариф по оплате медицинской помощи и систему фондодержания, а также расширение прав и самостоятельности руководителей ЛПУ.

► Минздравсоцразвития СО на период до 2020 г. необходимо:

- разработать и реализовать Стратегию развития здравоохранения, направленную на улучшение медицинской и профилактической помощи населению с конкретными целями по улучшению его здоровья;
- принять участие в разработке и реализации Правительственной межведомственной программы по охране здоровья населения;
- принять участие в разработке и реализации Правительственной межведомственной программы поддержки рождаемости.

ЧАСТЬ II. Стратегия развития здравоохранения и охраны здоровья населения Самарской области на период до 2020 года

РАЗДЕЛ 3. Цели и приоритеты Стратегии

3.1. Цели Стратегии

Цели Стратегии развития здравоохранения СО сформированы исходя из целей, поставленных руководством страны в правительственных документах «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.» и «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.»

Цели поставлены с учетом показателей оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти:

- ожидаемая продолжительность жизни;
- смертность населения, в том числе смертность населения в трудоспособном возрасте и смертность по основным классам причин;
- младенческая смертность;
- удельный вес детей первой и второй групп здоровья;
- средняя номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения;
- доля учреждений здравоохранения, в которых используются экономически эффективные инструменты управления и др.

Цели развития здравоохранения СО представлены в табл. 16-п.

Таблица 16-п

Цели развития здравоохранения Самарской области до 2020 г.

№	Наименование	2007 г.	2020 г.
1	Повысить удовлетворенность населения медицинской помощью	29%	70%
2	Увеличить ожидаемую продолжительность жизни	66,6 года	73 года
3	Снизить общий коэффициент смертности	15,3	11,0
4	Снизить младенческую смертность	6,8	5,0
5	Снизить число курильщиков среди взрослого мужского и женского населения	56% / 16%	40% / 10%
6	Снизить потребление алкоголя на душу населения	8 л/год	5 л/год

3.2. Приоритеты Стратегии

Блок: здравоохранение

Приоритеты 2009—2012 гг. (I этап Стратегии)

- ▶ Повышение удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинской помощи.
- ▶ Увеличение заработной платы работников здравоохранения.
- ▶ Повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников.
- ▶ Рост эффективности управления и внедрение рыночных механизмов управления.
- ▶ Усиление роли первичного звена, в том числе расширение лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях и профилактика заболеваний.
- ▶ Информатизация здравоохранения.
- ▶ Инвестиции в тепло- и энергосберегающие мероприятия.

Приоритеты 2013—2020 гг. (II и III этапы Стратегии)

- ▶ Продолжение мероприятий I этапа Стратегии.
- ▶ Оснащение учреждений в соответствии с международными стандартами.

- ▶ Реконструкция, модернизация и строительство учреждений здравоохранения.

- ▶ Комплексная информатизация здравоохранения.

- ▶ Поэтапный переход учреждений здравоохранения в автономные формы.

- ▶ Развитие институтов государственно-частного партнерства.

Блок: межведомственная программа по охране здоровья

Приоритеты 2009—2020 гг.

- ▶ Пропаганда здорового образа жизни и медико-санитарное просвещение населения СО.

- ▶ Создание условий для активного отдыха и занятий спортом для населения СО.

- ▶ Снижение потребления табака и алкоголя.

- ▶ Оздоровление питания школьников и др.

РАЗДЕЛ 4. Основные направления Стратегии до 2012 г. и целевые индикаторы для мониторинга их реализации

4.1. Блок: здравоохранение (направления 1–10)

Направление 1. Повышение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи

Для реализации этого направления необходимо решить следующие задачи:

- ▶ ликвидировать очереди в поликлиниках путем увеличения числа участковых врачей и ВОП, а также путем оптимизации их рабочего времени и совершенствования системы управления потоками пациентов в ЛПУ;

- ▶ повысить доступность диагностических и лечебно-профилактических вмешательств для пациентов путем увеличения объемов бесплатной медицинской помощи по ПГГ, в том числе высокотехнологичной;

- ▶ повысить информированность пациентов о медицинской помощи по ПГГ путем внедрения регламентов услуг;

- ▶ повысить информированность пациентов о правилах ведения здорового образа жизни и приема ЛС, назначенных врачом; о правилах образа жизни с хроническими заболеваниями путем организации профилактических кабинетов и проведения «школ здоровья» в поликлиниках; а также путем распространения печатных материалов по медико-санитарному

просвещению среди населения и обеспечения доступа граждан СО к электронной медицинской библиотеке;

▶ создать благоприятную, дружелюбную среду для пациентов в ЛПУ путем проведения разъяснительной работы среди персонала ЛПУ, а также за счет усиления контроля над медицинскими работниками и повышения их экономической мотивации к вежливому обращению с пациентами;

▶ повысить заинтересованность населения в сохранении своего здоровья и здоровья своих близких путем проведения массовой коммуникативной компании по медико-санитарному просвещению;

▶ повысить доступность фармацевтических услуг населению путем улучшения логистики лекарственного обеспечения и повышения квалификации фармацевтических работников и провизоров.

Направление 2. Повышение заработной платы работников здравоохранения. На рисунке 23-п представлен прогноз роста заработной платы в СО на

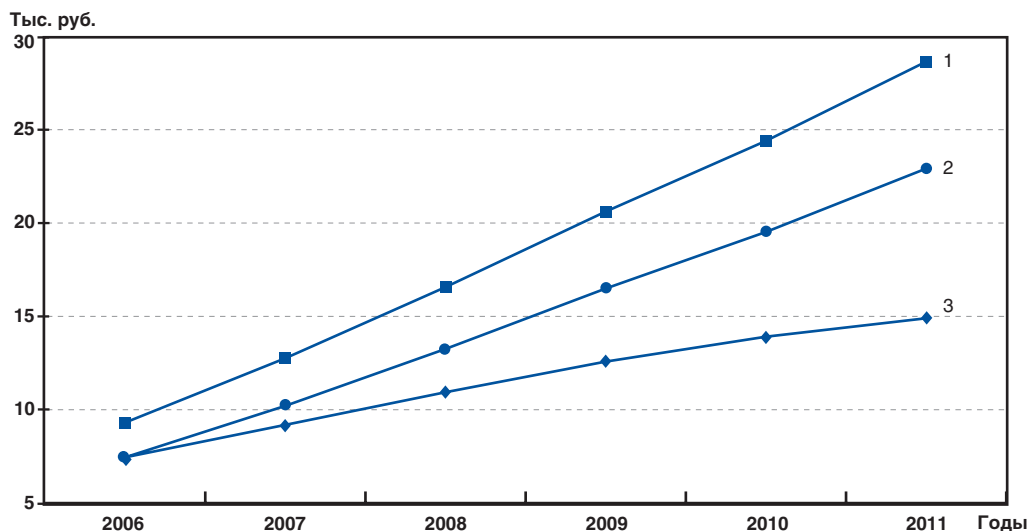


Рис. 23-п. Прогноз роста заработной платы в СО:

1 — среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в экономике региона (т.е. без бюджетников); 2 — среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения — вариант, если она составляет 80% от заработной платы в экономике; 3 — среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения — плановый вариант

период до 2011 г. Нижняя кривая (3) — запланированный рост заработной платы работников здравоохранения в бюджете здравоохранения. Верхняя кривая (1) — это запланированный рост зарплаты в экономике СО (всех работников, исключая бюджетников). Видно, что по плану заработная плата медицинских работников составляет не более 60% от зарплаты занятых в экономике. Средняя (2) — рост зарплаты в здравоохранении из расчета, что она будет составлять 80% от уровня зарплаты в экономике (как в среднем в РФ в 2007 г.). Тогда в 2009 г. средняя зарплата работников здравоохранения будет не менее 16,5 тыс. руб., а не 12,5 тыс. руб., как запланировано. Это обеспечит зарплату врачей на уровне 26–27 тыс. руб., а среднего медицинского персонала — на уровне 14–15 тыс. руб. Для такого роста потребуется дополнительно около 3 млрд руб.

В бюджете здравоохранения на 2009–2011 гг. эти средства не предусмотрены. Вместе с тем анализ бюджета показывает, что расходы на здравоохранение в этот период составляют меньше чем 3,7% от ВРП, как в среднем в РФ. В разделе 6 приводятся обоснования необходимых объемов финансирования, в том числе для покрытия заработной платы работников здравоохранения, а также источники финансирования.

Направление 3. Повышение квалификации медицинских кадров

► Совместно с СамГМУ, советом ректоров при Минздравсоцразвития России, Ассоциацией медицинских обществ по качеству и Ассоциацией врачей (АВ) в СО планируется реализовать пилотный проект по внедрению системы НМО с 2009 г.

► Совместно с АСМОК необходимо подготовить тестовые вопросы для ежегодного контроля знаний медицинских работников, типовые лекции для дистанционного обучения и разработать систему учета и оценки знаний в форме кредитов.

► Организовать трехстороннюю комиссию (СамГМУ + Минздравсоцразвития СО + Ассоциация врачей) в целях ежегодной аккредитации мероприятий для прохождения НМО, для изменения программ сертификации и актуализации требований по аттестации.

► Разработать комплекс мер по мотивации медицинских и фармацевтических работников и руководителей медицинских организаций к НМО, в том числе через такие инструменты, как сертификация, аттестация, трудовые контракты, положения о порядке выплаты премий.

▶ Организовать систему учета знаний, ежегодно получаемых медицинскими работниками. Включить в реестр учета медицинских работников информацию о ежегодно полученных ими знаниях (кредитах). Эту работу организовать совместно с МИАЦ СО.

▶ Оснастить рабочие места врачей в ЛПУ современными клиническими руководствами и обеспечить доступ медработников к электронным системам поддержки принятия клинических решений. Организовать медицинские библиотеки в ЛПУ области и обеспечить обновление литературы и электронных носителей информации в них.

▶ Разработать комплекс мероприятий по повышению квалификации медицинских сестер и других работников отрасли здравоохранения.

▶ Предусмотреть комплекс мероприятий по повышению квалификации управленческого персонала.

▶ Расширить роль Ассоциации врачей СО в повышении квалификации кадров, их ответственности за качество медицинской помощи и соблюдение этических норм.

Направление 4. Сохранение кадрового потенциала отрасли

Данное направление предусматривает следующие мероприятия:

▶ Повысить заработную плату работникам здравоохранения как минимум до уровня 80% от заработной платы в экономике и проводить ее ежегодную индексацию (см. Направление 2).

▶ Принять постановление Правительства области по заключению контрактов на обучение врачей, провизоров, средних медицинских и фармацевтических работников за государственный счет с последующими обязательствами отработки в государственной системе.

▶ Предоставить дополнительные социальные льготы для медицинских и фармацевтических работников на уровне субъекта РФ, например бесплатные путевки на санаторно-курортное лечение, льготные кредиты на приобретение жилья, особенно для работников, проживающих в сельской местности.

▶ Увеличить размер сельских надбавок к заработной плате до 50%.

▶ Предоставить социальное жилье для медицинских работников в сельской местности (по соглашению с муниципалитетами), разработать специальную программу по данному направлению.

► Разработать нематериальные стимулы для повышения престижа профессии медицинских и фармацевтических работников в государственной системе: коммуникативная кампания в СМИ, ежегодные премии губернатора отличникам здравоохранения с публикациями в СМИ и др.

► Организовать систему страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

► Предусмотреть первоочередные меры по привлечению медработников по наиболее неуккомплектованным специальностям (патологоанатомы, рентгенологи, лаборанты, анестезиологи, фтизиатры, школьные врачи) — стимулирующие надбавки к заработной плате, специальные курсы переподготовки в СамГМУ и др. Количество медицинских работников, подготавливаемых по специальностям, укомплектованным в избытке, сократить.

► Оснастить рабочие места медицинских работников современными руководствами и предоставить им возможность проходить НМО; принять меры по оптимизации их рабочего времени.

► Организовать НИР по анализу факторов, влияющих на динамику кадров, и прогнозированию динамики кадров в здравоохранении.

Направление 5. Повышение эффективности управления здравоохранением

► Разработать и внедрить единую методику расчета объемов ПГГ с учетом фактической потребности населения в медицинской помощи и с необходимостью оказывать ее по современным медицинским стандартам. Сформировать перечни медицинских услуг и ЛС, гарантируемых по ПГГ, и установить предельные тарифы на них.

► Поэтапно довести объемы финансирования системы здравоохранения до 6% ВРП (в 2020 г.).

► Внедрить экономически эффективные (рыночные) механизмы управления государственной системой здравоохранения, в том числе:

— конкуренцию (где это возможно) между медицинскими организациями всех форм собственности по критерию качества за выполнение государственного заказа;

— конкуренцию по объективным критериям между СМО;

— систему оплаты труда медицинских работников в зависимости от качества и объема оказанной медицинской помощи;

— систему рейтингов медицинских организаций с учетом международных критериев и по модели «конечных» результатов.

▶ Разработать план перехода на одноканальное финансирование до января 2009 г., в том числе заключить соглашения с муниципалитетами о переводе средств в систему ОМС.

▶ Определить подушевые тарифы для перехода на систему фондодержания. Пересмотреть систему клинко-статистических групп (переход на полный тариф), в том числе с учетом реальных затрат учреждения и сложности случаев. Разработать дифференцированные тарифы по оплате медицинской помощи на койках интенсивного, койках восстановительного лечения и сестринского ухода.

▶ Расширить права и самостоятельность руководителей государственных и муниципальных ЛПУ в управлении учреждениями путем поэтапного перевода в автономные формы или другие некоммерческие МО.

▶ Установить предельно допустимые (референтные) цены при закупке оборудования, ЛС и расходных материалов на основе анализа цен, по которым происходят закупки в частном секторе и за рубежом. Установить контроль за эффективностью использования оборудования, предусмотреть возможность его перераспределения между ЛПУ в соответствии с потребностями. Рассчитать стоимость фармацевтических услуг и учесть ее при формировании предельно допустимых цен на ЛС.

▶ Установить систему контроля за административными издержками.

▶ Разработать и утвердить регламент принятия управленческих решений в системе здравоохранения с учетом показателя экономической эффективности и результативности предлагаемых мероприятий.

▶ Разработать меры по расширению роли и ответственности СМО по обеспечению медицинской помощи пациентами, а также по их информированию о ее качестве.

▶ Обеспечить отчетность перед Правительством и населением о результатах реализации Стратегии путем ежеквартальной отчетности в правительстве и ежегодной публикации «Государственного доклада».

▶ Предусмотреть НИР по разработке рекомендаций для главных врачей (управление ЛПУ в условиях одноканального финансирования и фондодержания).

Направление 6. Развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

► Разработать комплекс мер, стимулирующих достижение соотношения участковых врачей (терапевтов и педиатров) и ВОП к врачам-специалистам в пропорции 1 : 2. Увеличить объемы переподготовки врачей других специальностей на участковых врачей и ВОП, а также существенно повысить качество курсов переподготовки. Продолжить мероприятия по внедрению института ВОП в СО.

► Разработать комплекс мер по достижению соотношения врач/средний медицинский работник в первичном звене в пределах 1:2,5 путем привлечения медицинских сестер в первичное звено (стимулирующие надбавки, пропаганда престижности профессии и др.).

► Улучшить условия работы участковых врачей и медицинских сестер в поликлиниках — оптимизировать рабочее время врача путем перераспределения обязанностей между ним и медицинской сестрой, рационального распределения потоков пациентов, оптимизации системы выписки льготных лекарств, введения должности помощников — секретарей врачей, в том числе из числа студентов СамГМУ.

► Внедрить систему клинических рекомендаций, стандартов и регламентов работы врачей.

► Создать систему информирования пациентов о правилах работы поликлиники, порядке получения медицинской помощи и других необходимых сведениях.

► Создать систему информирования пациентов о правилах приема ЛС, профилактике заболеваний и методах самоконтроля.

► Расширить работу с пациентами старшей возрастной группы: организовать скрининг на катаракту, остеопороз. Согласовать с социальной службой работу по обеспечению населения артезами и ортопедическими приспособлениями.

► Расширить требования к участковому врачу (терапевту и педиатру) и ВОП; установить контроль за их исполнением, в том числе по:

- повышению ответственности за здоровье населения;
- организации и координации всех видов медицинской помощи;
- участию в программах «Управление хроническими заболеваниями»;
- контролю назначения ЛС при наличии нескольких хронических заболеваний у пациента;

— поэтапному переходу деятельности ВОП на принципы оказания помощи всем членам семьи и др.

▶ Усилить профилактическую составляющую в работе врачей первичного звена путем создания системы экономических стимулов.

▶ Предусмотреть в структуре поликлиник отделения, которые позволяют максимально расширить роль амбулаторно-поликлинического звена в оказании медико-профилактической помощи населению и которые доказали свою эффективность в ряде учреждений СО (консультативно-диагностическое отделение; реабилитационное отделение; кабинет профилактики; стационар «на дому»; отделение дневной неотложной помощи; дневной стационар).

Направление 7. Лекарственное обеспечение населения

▶ Поэтапно увеличить объемы финансирования лекарственного обеспечения населения за счет государственных средств (в амбулаторных условиях) с 500 до 1000 руб. на душу в год.

▶ Расширить категории населения, которым субсидируются ЛС.

▶ Привести формулярный Перечень ЛС СО в соответствие с требованиями ВОЗ и принципами доказательной медицины.

▶ Повысить эффективность назначений лекарственных средств путем распространения качественных формуляров ЛС и систем поддержки принятия клинических решений среди врачей.

▶ Создать систему контроля за лекарственными назначениями.

▶ Обучить пациентов правилам рационального приема ЛС, назначенных врачом, путем распространения специальных информационных материалов.

▶ Совершенствовать систему государственной закупки ЛС (снижение цен).

▶ Оптимизировать логистику доставки ЛС населению — участие аптечных учреждений всех форм собственности в поддержании льготного ассортимента и комплексная информатизация системы льготного лекарственного обеспечения, включая поставщиков ЛС. Предусмотреть меры по стимулированию качества работы фармацевтических работников.

▶ Обеспечить доступность ЛС сельскому населению.

Направление 8. Оптимизация коечного фонда

► Разработать программу действий по доведению соотношения коек интенсивного лечения к койкам долечивания и сестринского ухода до уровня 1 : 0,6, а именно:

- провести инвентаризацию коечного фонда;
- рассчитать потребность в койках интенсивного лечения в зависимости от потребностей населения муниципалитетов в медицинской помощи, планируемой работы койки и с учетом возможностей первичного звена здравоохранения в конкретном муниципалитете;
- разработать стандарты оснащения и штатной численности персонала для коек интенсивного лечения;
- разработать стандарты оснащения и штатной численности для коек реабилитационного и восстановительного лечения, домов сестринского ухода и хосписов.

► Разработать поэтапный план реструктуризации коечного фонда, согласованный с муниципалитетами, и согласовать его с планами по оптимизации численности и структуры персонала, развитию первичного звена здравоохранения, а также намеченными объемами медицинской помощи по ТППГ.

► Оптимизировать потоки пациентов по уровням и этапам медицинской помощи путем создания единого отраслевого регламента ее оказания.

► Предусмотреть создание межрайонных корпоративных медицинских центров.

► Разработать план привлечения частного капитала для оснащения и организации коек долечивания, сестринского ухода.

► Обеспечить координацию и управление деятельностью санаторно-курортных и оздоровительных организаций различной подчиненности со стороны Минздравсоцразвития СО и разработать организационно-методические документы для реализации данного направления.

► Предусмотреть НИР и привлечь специалистов для разработки указанного выше плана.

Необходимо отметить общемировые тенденции в изменении структуры стационаров, которые происходят в связи со значительным удорожанием стационарной медицинской помощи. Среди них — организация диагностических отделений однодневного пребывания, отделений хирург-

гии 1-го дня с патронажем, отделений реабилитации и долечивания (которые требуют меньших затрат), а также службы планирования выписки пациентов. В отдельных учреждениях СО такая реструктуризация уже начата (например, МУЗ «Сергиевская ЦРБ», Самарская областная клиническая больница им. И.М. Калинина).

Направление 9. Улучшение системы управления качеством медицинской помощи

▶ Привести годовую отчетность ЛПУ в соответствие с международными требованиями: сформировать показатели для контроля и установить их целевые значения. Построить рейтинги ЛПУ на основе модели конечных результатов.

▶ Совершенствовать систему контроля качества медицинской помощи в ЛПУ: патолого-анатомические разборы, анализ адекватности схем диагностики и лечения, случаев повторной госпитализации и др.

▶ Разработать требования к системе добровольной сертификации ЛПУ на основе международной системы аккредитации ЛПУ и установить порядок ее проведения и использования.

▶ Разработать набор требований для оценки работы управленческого персонала.

Направление 10. Развитие целевых долгосрочных программ

Структура программ представлена на рис. 24-п–28-п.

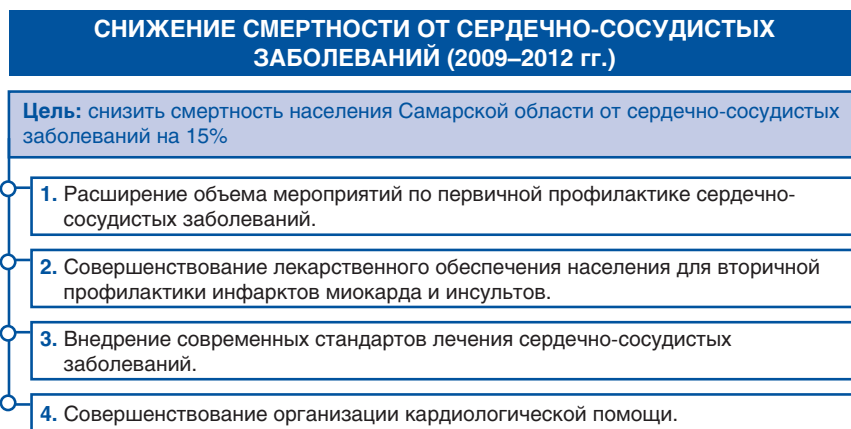


Рис. 24-п. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (2009–2012 гг.)



Рис. 25-п. Снижение смертности от внешних причин (2009–2012 гг.)

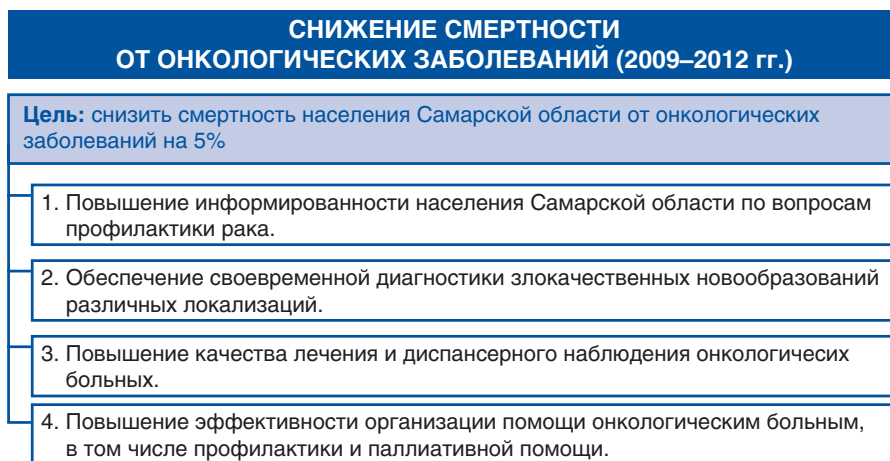


Рис. 26-п. Снижение смертности от онкологических заболеваний (2009–2012 гг.)

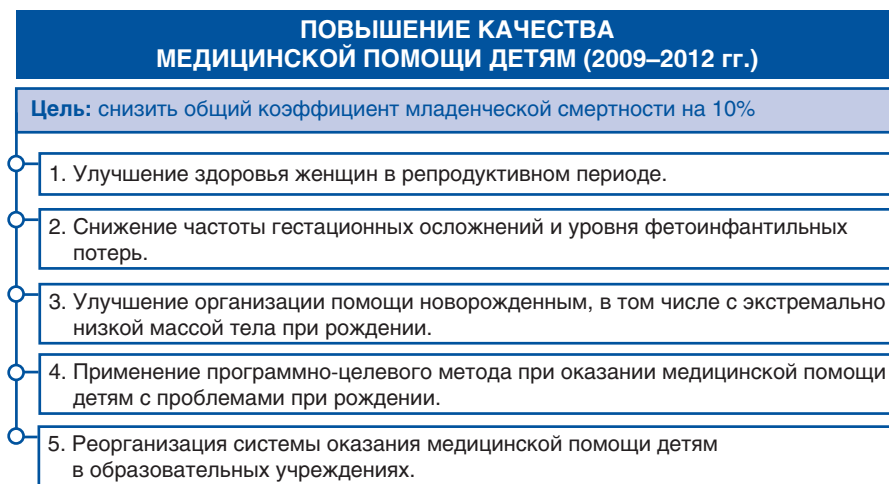


Рис. 27-п. Повышение качества медицинской помощи детям (2009–2012 гг.)

4.2. Блок: охрана здоровья населения

Одним из важнейших направлений развития здравоохранения должна стать охрана здоровья населения. При этом доля влияния на здоровье образа жизни населения и мероприятий по его охране (профилактике), по

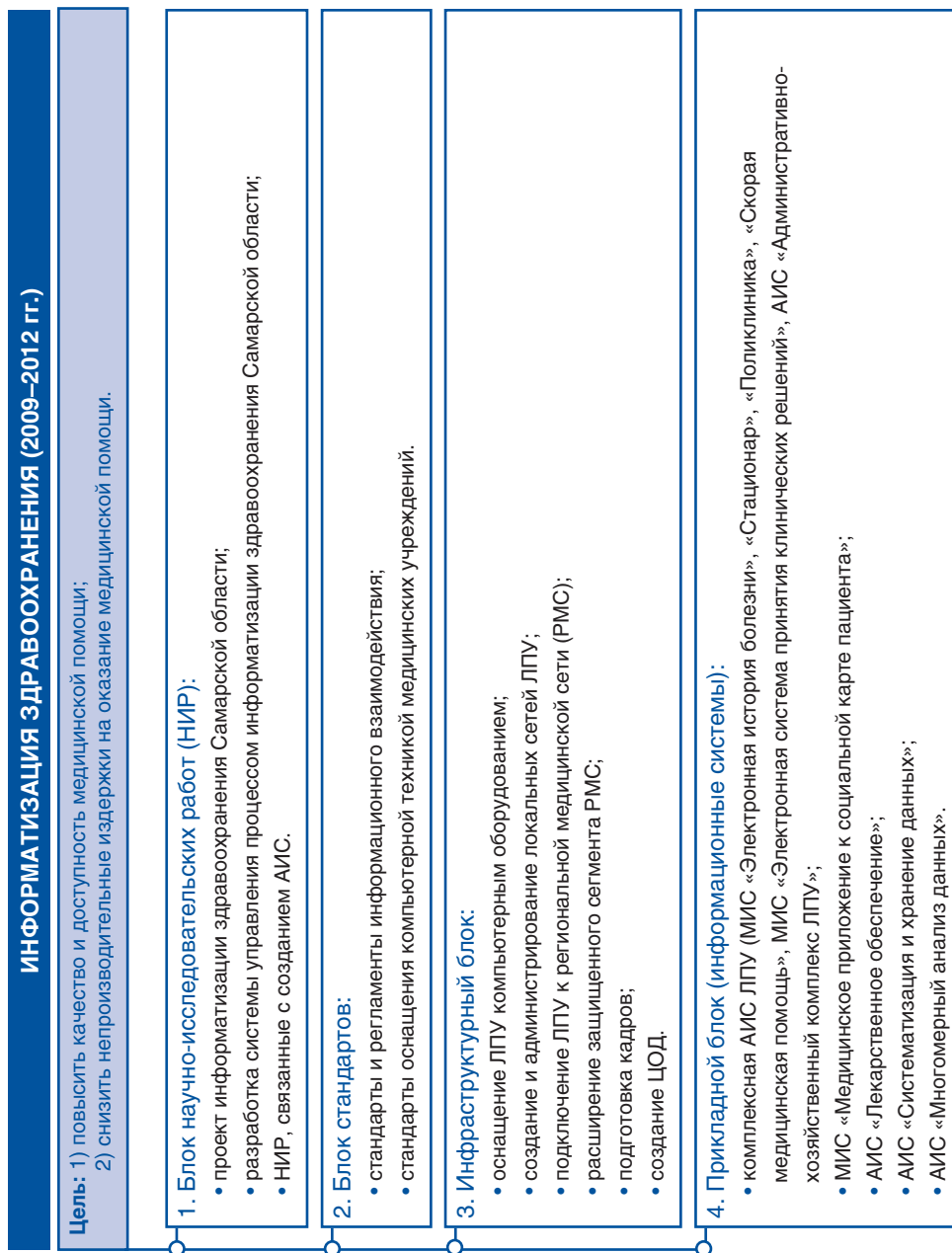


Рис. 28-п. Информатизация здравоохранения (2009–2012 гг.)

разным экспертным оценкам, в 2,5 раза выше, чем мероприятий, проводимых только в рамках системы здравоохранения.

Комплексность проводимых мероприятий диктует необходимость межведомственного подхода, т.е. вовлеченности многих государственных структур — Правительства СО, министерств: по делам семьи и демографии СО; культуры и молодежной политики СО; образования и науки СО; экономического развития, инвестиций и торговли СО; природных ресурсов и охраны окружающей среды СО, Департамента по вопросам общественной безопасности СО. Очень важна поддержка этих программ первыми лицами СО и видными общественными и политическими деятелями.

Следует предусмотреть увеличение финансирования на реализацию этих программ в бюджете Минздравсоцразвития СО до уровня не менее 8% от общих расходов на здравоохранение, в том числе предусмотреть соответствующие расходы в бюджетах заинтересованных министерств и ведомств.

К указанным выше программам необходимо приступить уже в начале 2009 г. При этом нужно разработать и установить для каждого муниципалитета СО целевые показатели и обеспечить контроль и мониторинг их выполнения. Ежегодно полученные результаты по реализации программ и достижению запланированных показателей необходимо обсуждать публично.

Направления охраны здоровья населения

► Повысить мотивацию и приверженность населения СО к здоровому образу жизни, а также информированность населения о правилах его ведения.

► Создать условия и возможности для населения СО по ведению здорового образа жизни.

► Снизить влияние основных факторов риска на здоровье населения: табакокурения, алкоголя, низкой физической активности, нерационального питания.

► Усилить профилактику профессиональных заболеваний, повысить профилактическую направленность в работе первичного звена здравоохранения и расширить программы иммунизации населения, субсидируемые за счет государственных средств.

Основные показатели для мониторинга до 2012 г.

1. Снизить потребления алкоголя с 8 до 6 л (в пересчете на чистый спирт) на 1-го взрослого.

2. Снизить долю ежедневно курящих среди взрослого населения с 50 до 20%, среди подростков — до 10%.

3. Увеличить долю подростков, занимающихся физической культурой не менее 20 мин 3 дня в неделю, до 60%.

4. Увеличить долю взрослых, имеющих активную физическую нагрузку не менее 30 мин 5 дней в неделю, до 30%.

5. Снизить долю подростков с повышенной массой тела до 5%.

6. Снизить долю взрослого населения с повышенной массой тела до 20%.

7. Сократить долю населения, проживающего в зоне, не отвечающей экологическим нормам, до 5%.

8. Уменьшить долю населения, подвергающегося воздействию табачного дыма, до 30%.

9. Снизить смертность от насильственных случаев на 20%.

10. Увеличить долю ежегодно иммунизируемого против гриппа населения старше 65 лет до 60%.

11. Охватить профилактическими прививками до 98% населения и как следствие достичь стабилизации и снижения уровня заболеваемости (на 100 тыс. населения):

— коклюшем — до 4,0 тыс.;

— корью — до 0,1;

— эпидемическим паротитом — до 1,0;

— краснухой — до 2,0;

— дифтерией — до 0,05;

— острым вирусным гепатитом В — до 2,5.

12. Снизить число болезней, вызванных дефицитом микронутриентов, на 20%.

13. Сократить профессиональную заболеваемость на 20% и снизить смертность от профессиональных заболеваний на 50%.

Более подробно направления реализации программ по охране здоровья населения — см. раздел 8 основного текста монографии (стр. 314).

РАЗДЕЛ 5. Сводный календарный план реализации Стратегии

5.1. Сводный календарный план реализации Стратегии

Сводный календарный план реализации Стратегии представлен в табл. 17-п.

5.2. Условия реализации стратегии

▶ Финансирование здравоохранения на уровне не ниже 3,5% ВРП и в доле консолидированного бюджета — не ниже 18%.

▶ Поэтапное доведение финансирования здравоохранения к 2020 г. до 5% ВРП.

▶ Обеспечение заработной платы работников здравоохранения на уровне 80–100% от заработной платы в экономике.

▶ Организация специальной Комиссии при правительстве СО для разработки и реализации межведомственной программы по охране здоровья и мониторингу реализации Стратегии.

▶ Наличие специального департамента в Минздравсоцразвития СО, ответственного за реализацию Стратегии. Официальное назначение рабочих групп по подготовке документов и ответственных за разработку планов реализации.

Планы реализации Стратегии по направлениям должны включать: задачи, индикаторы для мониторинга достижения задач, перечень мероприятий и сроки их реализации, необходимые условия реализации, возможные риски и пути их нивелирования, финансовый план и перечень нормативных актов.

▶ Разработка нормативной базы, обеспечивающей реализацию Стратегии.

▶ Согласие крупных муниципалитетов г.о. Самара и Тольятти на организацию одноканального финансирования.

▶ Эффективное информационное освещение программы и обеспечение понимания Стратегии медицинскими работниками и населением.

▶ Поддержка губернатором СО и ежегодная отчетность перед правительством и населением о ходе реализации Стратегии и достижении ее целевых показателей.

Таблица 17-п

Сводный календарный план реализации стратегии СО

[illegible]

РАЗДЕЛ 6. Финансовое обеспечение Стратегии и источники финансирования

На рисунке 28-п представлен расчет объемов государственного финансирования здравоохранения в текущих ценах.

Верхняя кривая (1 вариант): бюджет здравоохранения — из расчета того, что он растет поэтапно с 3,6% ВРП в 2009 г. до 4,5% ВРП в 2020 г.; нижняя кривая (2 вариант) — из расчета того, что бюджет здравоохранения в 2009–2011 гг. — такой, как запланировано, а в 2012–2020 гг. составляет 3,2% ВРП (как в среднем в 2007–2009 гг.).

Параметры бюджета здравоохранения на 2009–2011 гг. запланированы исходя из того, что ежегодный прирост муниципальных и федеральных средств на здравоохранение составляет по 10% к 2008 г.; а ЕСН в 2009 г. — 3,96 млрд руб., в 2010 г. — 4,5 млрд руб., в 2011 г. — 5,1 млрд руб.

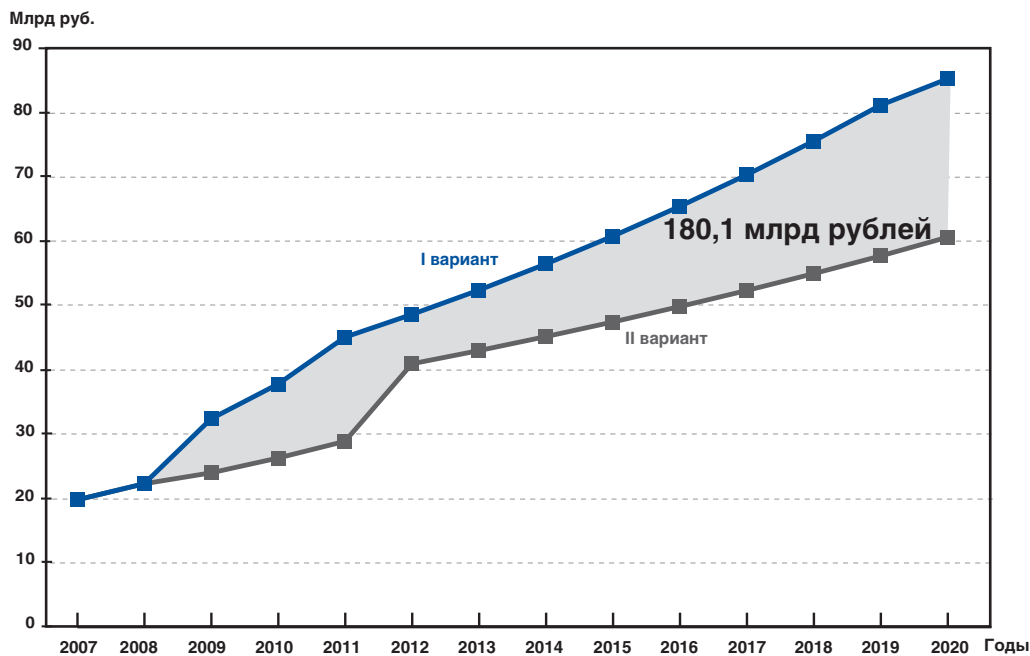


Рис. 29-п. Объемы финансирования здравоохранения из государственных источников по двум вариантам (млрд руб.):

Для обоих вариантов расчеты сделаны исходя из того, что ВРП СО составляет: в 2009 г. — 899 млрд руб.; в 2010 г. — 1049,5 млрд руб., в 2011 г. — 1219 млрд руб. Далее рост ВРП предусмотрен с динамикой 5% в текущих ценах.

Разница между 2 вариантами бюджетов здравоохранения за весь период с 2009 до 2020 г. составляет 180 млрд руб., в 2009 г. — 8 млрд руб. Эти дополнительные средства должны пойти на увеличение расходов по следующим направлениям:

1. Повышение ФОТ в здравоохранении на 3 млрд руб. в 2009 г. Следует отметить, что меры по повышению ФОТ обязательно должны сочетаться с мероприятиями по внедрению системы оплаты труда с учетом качества и объемов оказанной медицинской помощи.

2. Увеличение тарифов на медицинскую помощь.

3. Увеличение объемов лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях.

4. Повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников.

5. Мероприятия по информатизации здравоохранения.

6. Целевые программы, направленные на снижение смертности от управляемых причин.

7. Инвестиции в тепло- и энергосберегающие мероприятия.

8. Мероприятия по охране здоровья населения (реализация межведомственной программы). Для этих целей необходимы дополнительные средства в размере не менее 20% от расходов на здравоохранение (для всех распределителей бюджетных средств). Таким образом, на охрану здоровья здравоохранения Самарской области с 2008 по 2020 г. необходимо всего 216 млрд руб.

Возможные источники дополнительных доходов для увеличения объемов финансирования здравоохранения

▶ На федеральном уровне запланировано увеличение минимального подушевого норматива финансирования базовой (ОМС-части) ПГГ с 1,9 тыс. руб. в 2007 г. до 4,06 тыс. руб. в 2009 г. Это позволит обоснованно увеличить взносы на неработающее население из консолидированного бюджета региона, чтобы достичь этого значения. Дополнительные расходы консолидированного бюджета СО в этом случае составят не менее 3 млрд руб.

► Перераспределение инвестиционных средств на заработную плату и доведение статьи расходов на увеличение стоимости основных фондов до среднероссийского уровня — 400 руб. на душу населения в год, или 1,3 млрд руб. в год вместо запланированных 3 млрд руб.

► Привлечение средств федерального бюджета на инвестиции взамен сокращения расходов из консолидированного бюджета на инвестиции и закупку оборудования.

► Повышение эффективности деятельности системы здравоохранения: контроль над закупками, снижение числа необоснованных госпитализаций и вызовов скорой помощи; снижение риска врачебных ошибок и необоснованных назначений; контроль за административными издержками; повышение эффективности использования имеющихся материально-технических ресурсов. Например, снижение числа госпитализаций и вызовов скорой помощи до уровня 2003 г. высвободит дополнительно 100 и 700 млн руб. соответственно.

► Расходы населения на медицинскую помощь увеличивать нельзя, поскольку в СО они и так одни из самых высоких среди субъектов РФ, имеющих близкие значения ВРП на душу населения; в том числе и в связи с предстоящим ростом расходов населения на электроэнергию минимум в 2 раза.

РАЗДЕЛ 7. Ожидаемые от реализации Стратегии экономический и социальный эффекты

7.1. Ожидаемый экономический эффект

Первая методика расчета экономического эффекта основана на учете потерь ВРП от числа дней нетрудоспособности и числа смертей в трудоспособном возрасте.

Экономия от снижения числа дней нетрудоспособности рассчитывается как разница между 2 прогнозными вариантами потерь ВРП. I вариант — потери вследствие временной нетрудоспособности работников из расчета, что количество дней нетрудоспособности останется на уровне 2007 г. (15,5 млн дней в год). II вариант — потери вследствие временной нетрудоспособности из расчета, что количество дней нетрудоспособности снизится к 2020 г. на 25% по отношению к уровню 2007 г. (до 12 млн дней в год). Стоимость 1 дня нетрудоспособности оценена по ВРП: в 2007 г. — 860 руб. (ВРП — 605 млрд руб.), в 2020 г. — 2800 руб. (ВРП — 1895 млрд руб.), т.е. в среднем за этот период — 1830 руб. Принята численность трудоспо-

способного населения — 1930 тыс. человек (константа). **Разница между двумя вариантами за период с 2007 по 2020 г. составит около 42 млрд руб. — это прямые потери, которых можно избежать, добившись снижения числа дней нетрудоспособности на 25%¹.**

Потери ВРП в зависимости от смертности трудоспособного населения рассчитываются так же, как разница между двумя вариантами. I вариант — потери доходов в ВРП, если смертность трудоспособного населения останется на уровне 2007 г. (23 тыс. человек в год), II вариант — если она сократится к 2020 г. вдвое (до 11 тыс. человек в год). Стоимость одного года жизни оценена по ВРП: в 2007 г. — 313 тыс. руб., в 2020 г. — 1 млн руб., т.е. в среднем за этот период — 656 тыс. руб. Численность трудоспособного населения — та же: 1930 человек (константа). **Разница между двумя вариантами за этот период составит около 51 млрд руб. — это прямые потери, которых можно избежать².**

Итого, общая экономия благодаря снижению высокой смертности трудоспособного населения и числа дней нетрудоспособности составят 93 млрд руб.

Дополнительная экономия от общего оздоровления населения по международным методикам оценивается в пределах от 50 до 100% по отношению к прямым эффектам. Для СО эта экономия оценена в 100%.

Итого, общая экономия с 2007 по 2020 г. для СО с учетом прямых и косвенных эффектов составит 186 млрд руб.

Дополнительные вложения, которые требуются на здравоохранение и на охрану здоровья, составляют 216 млрд руб. (на систему здравоохранения не менее 180 млрд руб. + минимум 20% на охрану здоровья).

Таким образом, вложения в здравоохранение и охрану здоровья по данной методике расчета за период с 2007 по 2020 г. сопоставимы с полученными эффектами.

Вторая методика расчета экономического эффекта основана на опыте развитых стран по увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

¹ Методика расчетов: потери ВРП по I варианту — 368,7 млрд руб. [15,5 млн дней нетрудоспособности × 13 лет × 1 830 руб.]; по II варианту — 327,1 млрд руб. [13,75 млн дней нетрудоспособности × 13 лет × 1 830 руб.], где 13,75 млн дней — среднее число дней нетрудоспособности за этот период по II варианту.

² Методика расчетов: потери ВРП по I варианту — 196 млрд руб. [23 тыс. человек в год × 13 лет × 656 тыс. руб.]; по II варианту — 145 млрд руб. [17 тыс. человек в год × 13 лет × 656 тыс. руб.], где 17 тыс. человек — среднее число умерших за этот период по II варианту.

В странах Западной Европы с 1970 по 2003 г. увеличение продолжительности жизни (в среднем) с 70 до 79 лет позволило достичь роста ВВП на 29–38%. Это означает, что каждый год увеличения ожидаемой продолжительности жизни вносит вклад в ВРП в размере 3,4%.

Применительно к СО это означает, что при увеличении продолжительности жизни на 6,4 лет (с 66,6 года в 2007 г. до 73 лет в 2020 г.) можно обеспечить рост ВРП к 2020 г. на 29%. Ежегодно — это рост на 1,7%, т.е. треть запланированного роста ВРП (5% ежегодно) будет достигнуто за счет увеличения продолжительности жизни населения.

Из этой методики ВОЗ следует, что одна треть запланированного роста ВРП СО с 2007 по 2020 г. будет обеспечена за счет увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения на 6,4 года. Это также позволит поэтапно продлить трудоспособный возраст мужчин до 65 лет, а женщин — до 60 лет. В номинальном выражении этот эффект за 13 лет составит 430 млрд руб. {1895 млрд руб. (ВРП 2020 г.) — 605 млрд руб. (ВРП 2007 г.)}.

Таким образом, без реализации перечисленных выше мероприятий Самарская область не сможет обеспечить запланированный ежегодный рост ВРП на 5% (в текущих ценах) и недополучит 430 млрд руб. к 2020 г., что заведомо больше, чем требуемые расходы на реализацию Стратегии здравоохранения и программ по охране здоровья населения (216 млрд руб.).

7.2. Другие ожидаемые от реализации Стратегии эффекты

Для населения:

- ▶ Повышение доступности медицинской помощи и уменьшение очередей в поликлиниках.
- ▶ Улучшение лекарственного обеспечения.
- ▶ Повышение информированности о качестве медицинской помощи, возможностях лечения, правилах здорового образа жизни.
- ▶ Создание дружественной, благоприятной обстановки в медицинских учреждениях.

Для медицинских работников:

- ▶ Повышение заработной платы.
- ▶ Улучшение условий труда.
- ▶ Возможность непрерывного повышения квалификации.
- ▶ Повышение имиджа профессии.

Для бизнеса:

- ▶ Увеличение численности работоспособного населения.
- ▶ Повышение производительности труда.

Для правительства Самарской области:

- ▶ Снижение социальной напряженности.
- ▶ Повышение доверия к власти.

РАЗДЕЛ 8. Перечень основных нормативно-правовых актов по реализации Стратегии

Данная Стратегия подготовлена в соответствии со следующими нормативно-правовыми актами:

- ▶ частью 1 ст. 3 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее — Основы). Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан включает соответствующие положения Конституции Российской Федерации и Конституций (уставов) субъектов Российской Федерации, указанных выше Основ, иных федеральных законов и федеральных нормативных правовых актов, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;
- ▶ законом Российской Федерации № 14991 от 28.06.91 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- ▶ Федеральным законом № 86-ФЗ от 22.06.98 «О лекарственных средствах»;
- ▶ Федеральным законом № 184-ФЗ от 06.10.99 «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;
- ▶ Федеральным законом № 131-ФЗ от 06.10.2003 г. «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;
- ▶ постановлением Правительства Российской Федерации № 255 от 06.05.2003 г. «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроля за их реализацией»;
- ▶ постановлением Правительства Российской Федерации № 286 от 15.05.2007 г. «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год».

А также в соответствии с принятыми на территории СО нормативно-правовыми актами:

- ▶ постановлением Правительства СО № 250 от 12.12.2007 г. «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи на 2008—2010 годы»;

- ▶ правилами ОМС населения СО, утвержденными постановлением Правительства СО № 59 от 26.05.2005 г.

Нормативно-правовые акты, в которые необходимо внести изменения для реализации Стратегии

Стратегическим направлением развития системы финансирования здравоохранения является создание одноканальной системы финансирования отрасли, предусматривающей передачу всех средств по территориальной ПГГ — ТФОМС.

При существующем разделении полномочий уровней исполнительной власти и органов местного самоуправления в отношении оказания различных видов медицинской помощи переход на страховой принцип и одноканальное финансирование медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках ПГГ оказания населению бесплатной медицинской помощи, предполагает расширение территориальной программы ОМС путем включения социально значимых и специализированных видов помощи.

В соответствии со ст. 69 Бюджетного кодекса РФ бюджетные ассигнования на здравоохранение (содержание подведомственных ЛПУ), предусмотренные областными и муниципальными бюджетами, могут передаваться ТФОМС в форме межбюджетных трансфертов (за исключением денежных средств, поступающих из федерального бюджета, предусмотренных на капитальное строительство и капитальный ремонт и приобретение дорогостоящего оборудования областными и муниципальными целевыми программами).

Внедрение схемы одноканального финансирования требует разработки порядка финансирования указанных расходов в рамках бюджетного законодательства, принятия новых нормативных правовых актов, а также внесения соответствующих изменений в действующие, в частности:

- ▶ в закон СО «Об областном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов»;

- ▶ в закон СО «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов»;

- ▶ в территориальную ПГГ оказания населению СО бесплатной медицинской помощи, определяющую в том числе порядок формирования тарифа на медицинские услуги для учреждений, перешедших на одноканальное финансирование;

- ▶ в правила ОМС населения СО, утвержденные постановлением правительства СО № 59 от 26.05.2005 г.;

- ▶ в Положение о Минздравсоцразвития СО, утвержденное постановлением правительства СО № 283 от 29.12.2007 г.;

- ▶ в тарифное соглашение в системе ОМС, закрепляющее, в частности, право учреждений самостоятельно определять направления расходования средств для достижения показателей, заданных в Бюджетном послании Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 09.03.2007 г. «О бюджетной политике в 2008–2010 годах»;

- ▶ в Положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС населения СО, утвержденное министром здравоохранения и социального развития СО и исполнителем директором ТФОМС Самарской области, согласованное с президентом Ассоциации медицинских страховых компаний СО, президентом Самарской областной ассоциации врачей, председателем Самарской областной региональной организации профсоюза работников здравоохранения.

Кроме того, необходимо подготовить и принять:

- ▶ постановление Правительства СО о переходе на одноканальное финансирование в системе здравоохранения;

- ▶ постановление губернатора СО о создании координационного органа — областной межведомственной комиссии по координации деятельности в связи с переходом учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС;

- ▶ правовые акты органов местного самоуправления, предусматривающие направление части средств в бюджет ТФОМС, заключение соглашений между ТФОМС и органами местного самоуправления;

- ▶ нормативные приказы Минздравсоцразвития области:
 - о создании системы отраслевых стандартов оказания медицинской помощи;
 - разработке и утверждении методики расчета тарифов на медицинские услуги в системе ОМС при одноканальном финансировании.

Приложение: коллектив разработчиков

Антимонова М.Ю. — главный врач ММУ «Детская городская клиническая больница № 1 г.о. Самара».

Блащенко С.А. — заместитель директора института последипломного образования ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, д-р мед. наук, проф.

Бородулин С.В. — главный врач МУЗ «Сергиевская центральная районная больница».

Бутолин Д.С. — руководитель Правового управления МЗСР Самарской области.

Вдовенко С.А. — руководитель Управления организации медицинской помощи женщинам и детям Минздравсоцразвития Самарской области.

Гехт И.А. — начальник информационно-аналитического управления территориального Фонда ОМС Самарской области.

Гридасов Г.Н. — главный врач ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина», президент Самарской областной ассоциации врачей.

Золотарев А.В. — главный врач ГУЗ «Самарская клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского».

Измалков С.Н. — проректор по лечебной работе ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, д-р мед. наук, проф.

Корчагина Г.Н. — заведующая отделом медицинской статистической информации ГУЗ «Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр».

Котельников Г.П. — акад. РАМН, ректор ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава.

Кудинов В.Г. — руководитель Управления оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, мобилизационной готовности Минздравсоцразвития Самарской области.

Кузнецов С.И. — руководитель Управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздравсоцразвития Самарской области.

Куличенко В.П. — заместитель председателя правительства, министр здравоохранения и социального развития Самарской области.

Мальшин Ю.А. — главный врач ГУЗ «Самарский областной центр медицинской профилактики».

Мокшин В.И. — заместитель исполнительного директора ТФОМС Самарской области.

Никитин О.А. — директор ГУЗ СО «Гериатрический научно-практический центр».

Прохоренко Н.Ф. — заместитель генерального директора ЗАО СК «Самара-Мед», президент Ассоциации медицинских страховых компаний.

Рогачев А.А. — главный врач Дорожной клинической больницы на ст. Самара ОАО «Российские железные дороги».

Скуратова Н.М. — руководитель Департамента экономики и финансов Минздравсоцразвития Самарской области.

Спектор А.В. — руководитель Управления фармацевтической деятельности Минздравсоцразвития Самарской области.

Сухарев В.М. — главный внештатный специалист по онкологии МЗСР Самарской области.

Тяпухина Т.В. — директор ГУЗ «Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр».

Улумбекова Г.Э. — советник губернатора Самарской области.

Федосеева Л.С. — главный врач МУЗ «Городская клиническая поликлиника № 15» Промышленного района г.о. Самара.

Хуторской М.А. — исполнительный директор ТФОМС Самарской области.

Шейфер М.С. — главный врач ГУЗ «Самарская психиатрическая больница».

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Проект «Концепции развития системы непрерывного медицинского образования в Российской Федерации»

Введение

Представленный документ «Концепция развития непрерывного медицинского образования в РФ» разработан в соответствии с «**Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года**», утвержденной распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г. В этом документе указано, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является «обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования...».

Непрерывное медицинское образование (НМО) — это образовательный процесс, позволяющий медицинским работникам обновлять и улучшать свои профессиональные знания и навыки с целью повышения качества медицинской помощи (КМП), оказываемой пациентам. Система НМО включает: 1) комплекс образовательных мероприятий; 2) учреждения, которые их предоставляют; 3) механизмы, обеспечивающие своевременность прохождения и качество образования.

Требование непрерывности медицинского образования обусловлено изменившимися внешними и внутренними условиями деятельности врачей, например увеличением объема медицинской информации и скорости ее обновления; появлением множества высокоактивных лекарственных

средств, повышением информированности и запросов самих пациентов и др. Для обеспечения современного, безопасного и экономически рационального лечения пациентов **врач должен непрерывно обновлять и улучшать свои знания и практические навыки, а качество и технологии образования должны отвечать изменившимся условиям.**

С этой целью в развитых странах государственные органы управления здравоохранением и профессиональные медицинские общества в последние 10 лет активно внедряют в практику здравоохранения систему НМО, которая способствует улучшению результатов лечения, снижению числа врачебных ошибок и оптимизации использования ресурсов здравоохранения, а также повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью. В РФ актуальность внедрения НМО обусловлена, кроме того, необходимостью значительно улучшить показатели здоровья населения. Следует отметить, что НМО является наиболее экономически эффективным инструментом повышения КМП и дает быстрый результат.

В Концепции представлены:

1. Обоснование необходимости внедрения системы НМО в РФ.
2. Анализ зарубежного опыта системы НМО.
3. Перечень основных мероприятий по внедрению системы НМО в РФ, ключевые функции участников.
4. Порядок внедрения НМО, мотивация врачей к НМО.

НМО предлагается ввести как обязательную систему повышения квалификации специалистов. Врачу будет необходимо накопить за 5 лет дополнительные 216 ч образовательной активности (в форме кредитов).

Параллельно необходимо:

— актуализировать образовательные программы повышения квалификации для очного обучения с учетом потребностей практического здравоохранения и современных технологий преподавания;

— для каждой врачебной специальности определить виды образовательных программ (интернатура, ординатура, курсы переподготовки и др.) и их длительность;

— пересмотреть квалификационные требования к должностям и порядок допуска к выполнению ряда высокотехнологичных вмешательств (манипуляций и операций).

Мотивацию врачей к НМО предлагается осуществить через следующие механизмы: ресертификация, лицензирование, трудовые договора и система оплаты труда.

Проект Концепции подготовлен с участием Ассоциации медицинских обществ по качеству и представлен для обсуждения, внесения замечаний и предложений всех заинтересованных сторон.

1. Обоснование необходимости внедрения НМО в РФ

На рисунке 46, стр. 230 представлены внешние и внутренние факторы (условия), определяющие уровень квалификации медицинских кадров¹. Анализ каждого из этих факторов позволяет определить проблемы и направления их решения.

Внешние условия. Наиболее важными внешними факторами, влияющими на квалификацию медицинских кадров сегодня в любой стране, являются: экспоненциальный рост медицинской информации (обновление 1 раз в 3–5 лет), внедрение высокотехнологичных методов лечения и диагностики заболеваний, появление большого числа высокоактивных лекарственных средств. В этих условиях врачу, чтобы владеть современными методами диагностики и лечения заболеваний, правильно и безопасно лечить пациента, необходимо постоянно обновлять свои знания и практические навыки. Более того, в результате увеличения распространенности факторов риска развития хронических заболеваний, таких, как ожирение, табакокурение, малоподвижный образ жизни, а также увеличения доли пожилого населения (до 21%), произошли существенные изменения в структуре заболеваемости и смертности населения: увеличилась распространенность хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, системы дыхания, сахарного диабета).

Существенно возросла стоимость медицинской помощи, соответственно управленцы здравоохранением более требовательно стали относиться к качеству и экономической обоснованности медицинских вмешательств. Более информированными и активными стали сами пациенты. **Все это диктует необходимость не только непрерывности процесса образования, но и**

¹ В данном анализе не учитываются численность и структура медицинских кадров и оценка потребности в них.

качественного изменения содержания образовательных мероприятий и технологий их предоставления.

Врачи сегодня должны владеть современными методами профилактики и реабилитации заболеваний, рациональной и безопасной фармакотерапией, методами ведения больных с несколькими хроническими заболеваниями. Они должны быть обучены медицинской информатике, экономике здравоохранения, гериатрии, знать основы доказательной медицины, владеть навыками работы в междисциплинарных командах, обеспечивающих комплексность лечения и реабилитации пациентов. При этом образовательные технологии должны быть удобными для занятого медицинского работника — они должны быть максимально приближены к рабочему месту, не отнимать много времени и максимально способствовать решению наиболее актуальных вопросов, возникающих в клинической практике.

Актуальность внедрения НМО в РФ связана также с необходимостью улучшения показателей здоровья населения. В документах, принятых Президентом и Правительством Российской Федерации: Указе Президента Российской Федерации № 1351 от 9.10.2007 г. «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.» и «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.», утвержденной распоряжением Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 г. установлены цели демографической политики и охраны здоровья населения до 2020 г.: снизить общий коэффициент смертности с 14,6 до 11,0 на 1000 человек и увеличить ожидаемую продолжительность жизни с 67,5 до 73 лет. Ключевой задачей для достижения этих целей является существенное повышение квалификации медицинских кадров.

Внутренние факторы. К внутренним факторам, определяющим уровень квалификации медицинских кадров, относятся: качество медицинского образования, наличие мотивации медицинских работников к качественному труду, адекватные материально-технические условия для получения образования, а также наличие эффективной системы контроля качества медицинской помощи и современной нормативно-правовой базы. Если проанализировать все эти составляющие, можно выделить следующие ключевые проблемы для РФ.

▶ **Качество медицинского образования:** образовательные стандарты для базового медицинского образования и требования к послевузовскому профессиональному образованию не соответствуют международным

стандартам. Отсутствует непрерывность образования — медицинские работники повышают квалификацию только 1 раз в 5 лет. Не подготовлена нормативно-методическая база этого образования. Профессорско-преподавательский состав вузов не мотивирован к качественному труду из-за низкой заработной платы. Материально-техническое обеспечение вузов не позволяет обеспечить качество образования на современном уровне. Например, отсутствуют современные классы для занятий студентов на фантомах, в библиотеках зачастую представлена устаревшая литература, до сих пор не решен вопрос о клинических базах вузов. Недостаточно используются современные образовательные технологии (особенно в послевузовском профессиональном образовании), такие, как дистанционные методы обучения (что особенно важно для врачей, практикующих в отдаленных и сельских районах), интернет-технологии.

Система контроля качества медицинского образования не соответствует международным требованиям, отсутствует система рейтингов вузов, нет привязки результатов оценки качества образования к финансовым стимулам. Слабо контролируется качество прохождения интернатуры, ординатуры и сертификационных циклов. Следует также отметить, что в некоторых лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) недостаточно используются такие хорошо зарекомендовавшие себя технологии повышения квалификации медицинских работников, как патолого-анатомические конференции, разборы сложных случаев, тематические конференции.

► **Мотивация медицинских кадров к качественному труду и непрерывному повышению квалификации:** дифференцированная система оплаты труда в зависимости от качества и результатов труда внедряется слабо, не имеет под собой достаточной методической базы и не сопровождается адекватным повышением оплаты труда медицинских работников. Система аттестации как стимул к повышению квалификации медицинских кадров морально устарела (надбавка за квалификационную категорию составляет всего 300–400 руб., что слабо мотивирует врача к повышению профессионализма). Недостаточно прописана нормативная база по ресертификации и relicензированию медицинских работников. Например, в ней не учтено требование непрерывности медицинского образования; не прописаны условия отстранения от практической деятельности медицинских работников в случае несоответствия уровня их квалификации должному. Профессиональное страхование отсутствует.

► **Материально-технические условия для повышения квалификации медицинских кадров:** в большинстве медицинских организаций (МО) нет медицинских библиотек, рабочие места врачей часто не компьютеризированы и не оснащены электронными системами поддержки принятия клинических решений. Отсутствует бесплатный доступ для медицинских работников к Национальной электронной медицинской библиотеке, как это принято в развитых странах. Рабочие места врачей недостаточно оснащены клиническими рекомендациями профессиональных обществ и современными стандартами медицинской помощи. Выделяемые в бюджетах всех уровней средства на послевузовское медицинское образование недостаточны, а в тарифе ОМС даже не предусмотрены. В результате сегодня, по данным Росздравнадзора, более 15% медицинских работников (зарегистрированных в регистре) не проходили повышение квалификации в сроки более чем 5 лет.

► **Контроль качества медицинской помощи.** В Российской Федерации в системе контроля КМП (в том числе и качества труда медицинских работников) имеются существенные недостатки: нет единой методологической базы, не внедрена единая система показателей с целевыми значениями, отсутствуют рейтинги МО и рейтинги медицинских работников.

Система лицензирования МО оценивает преимущественно инфраструктурные элементы и недостаточна для оценки качества процессов, происходящих в МО. Система аккредитации (т.е. оценка на соответствие стандартам качества организации) не проработана методически и у МО отсутствует мотивация к повышению КМП.

Вместе с тем наличие системы контроля КМП в МО и оценки качества труда медицинских работников являются мощными инструментами для повышения их квалификации. Результаты контроля КМП могут быть использованы для создания как позитивных стимулов (например, выплаты премий при наличии стабильных положительных результатов), так и санкций за плохие показатели.

Показатели КМП, в том числе безопасности и правильности лечения пациентов, должны быть увязаны с клиническими рекомендациями («золотым стандартом» лечения пациентов), которые разрабатываются профессиональными медицинскими обществами на основе принципов доказательной медицины.

В здравоохранении развитых стран уже разработаны наборы показателей (индикаторов), по которым оценивается и сравнивается качество работы врачей, МО и системы здравоохранения в целом. На основании этих индикаторов оценивается качество работы медицинского персонала и выплачиваются премии (Великобритания, США), составляются рейтинги врачей и МО (Великобритания, Голландия), страховыми организациями заключаются контракты с частнопрактикующими врачами и МО.

Технологии, с помощью которых собираются и оцениваются эти показатели, различные, например в США контроль качества осуществляется с помощью процедуры аккредитации МО, в Великобритании и Франции созданы специальные государственные агентства, в задачи которых входит процедура аккредитации МО и оценки качества труда медицинских работников.

► **Правовая база высшего медицинского образования в РФ.** Подробный анализ имеющейся нормативной базы представлен в табл. 17-п. Следует отметить следующие проблемы: законодательно не закреплена обязательность НМО как условия продления сертификата специалиста и разрешения на занятие профессиональной деятельностью. Не актуализированы требования к образовательным программам послевузовского и дополнительного профессионального образования, квалификационные требования к специалистам. При получении и продлении сертификата специалиста не учитывается требование ежегодного выполнения врачами минимума обязательных практических манипуляций и операций. Нет указания на необходимость ведения реестра врачей.

С точки зрения соответствия российского медицинского образования европейским стандартам (Болонское соглашение), сроки и этапы российского медицинского образования аналогичны европейским, однако требуется существенное повышение качества как базового, так и последипломного образования.

Таблица 17-п
Нормативно-правовая база медицинского образования и предложения по ее модернизации

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ РФ			
1	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 г. Раздел X, ст. 54	Регламентирует право на занятия медицинской и фармацевтической деятельностью и основания для получения сертификата специалиста. «...права на занятия медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности». «Сертификат специалиста выдается на основании послезовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация) или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан». «Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации субъектов РФ могут проводить проверочное испытание по теории и практике в избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении ему квалификационной категории»	1. Добавить, что непрерывность образования (повышения квалификации), учитываемая в форме накопительных кредитов и является условием продления сертификата специалиста. 2. Ввести понятие НМО. 3. Определить, что порядок получения непрерывного послезовского профессионального образования разрабатывается Минздравсоцразвития России. 4. Добавить указание, что периодичность сертификации не должна превышать 5 лет. 5. Предусмотреть обязательность ведения регистров медицинских работников и включения в эти регистры сведений о периодичности повышения квалификации, т.е. о регулярности прохождения НМО. 6. Надо обсудить вопрос о необходимости выдачи лицензии каждому (а не только частнопрактикующему) врачу. Это позволило бы повысить персональную ответственность конкретного врача за свою деятельность и эффективность государственного контроля

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
2	Федеральный закон № 128-ФЗ от 08.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности»	Регламентирует отношения, возникающие при лицензировании отдельных видов деятельности	
3	Закон Российской Федерации № 3266-1 от 10.07.1992 г. «Об образовании» (в ред. от 28.02.2008 г.)	Регламентирует: 1) понятие системы образования (ст. 8); 2) виды образования: профессиональное послевузовское (ст. 25) и дополнительное образование с целью непрерывного повышения квалификации (ст. 26); 3) формы получения образования (ст. 10)	Необходимо внести указание об использовании инновационных технологий обучения, в том числе дистанционных, в объеме не менее 50% при очной форме обучения
4	Федеральный закон № 125-ФЗ от 22.08.1996 г. «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»	Регламентирует принципы, структуру, порядок и уровни образования, а также длительность программ для их получения. Ст. 2.1. Государственная политика в области высшего и послевузовского профессионального образования основывается на принципах, определенных законом РФ «Об образовании», а также следующих: непрерывность и преемственность процесса образования; интеграция системы высшего и послевузовского профессионального образования в мировую систему высшего образования при сохранении и развитии достижений российской медицинской школы. Ст. 4. Определяет структуру системы высшего и профессионального образования.	Необходимо внести дополнение, что требования к программам послевузовского профессионального образования должны предусматривать непрерывность получения образования путем ежегодного накопления кредитов

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
5	О бюджете федерального фонда ОМС на 2008 г. и на плановый период 2009 и 2010 гг.	Ст. 5. Требования к образовательным стандартам высшего профессионального образования и образовательным программам послевузовского профессионального образования. Ст. 6. Уровни высшего профессионального образования, сроки и формы его получения. «Для лиц, освоивших образовательные программы высшего медицинского и высшего фармацевтического образования, условием для занятия ими указанных должностей является первичная годичная послевузовская подготовка (интернатура), подтверждаемая удостоверениями установленного образца» Регламентирует необходимость ведения регистров медицинских работников	
6	Постановление Правительства РФ № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении положений о лицензировании медицинской деятельности»	ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ Регламентирует лицензирование медицинской деятельности. Основные положения: 1) выдается юридическим лицам или индивидуальным предпринимателям; 2) осуществляется Росздравнадзором; 3) срок лицензии — 5 лет; 4) требование наличия у штатных специалистов сертификатов и прохождения ими повышения квалификации не реже 1 раза в 5 лет	Дополнение: для получения лицензии необходимо иметь в штате специалистов, имеющих лицензию давностью не более 5 лет, зарегистрированных в реестре специалистов и ежегодно повышающих свою квалификацию путем накопления установленного числа кредитов

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
7	Постановление Правительства РФ № 1473 от 22.11.1997 г. «Об утверждении перечня направлений деятельности специалистов и подготовки специалистов, по которым получение высшего профессионального образования в заочной форме и форме экстерната не допускается»	Регламентирует перечень специалистов и порядок подготовки по специальностям, по которым обучение в заочной форме и форме экстерната не допускается, в том числе: лечебное дело, здравоохранение, педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело (кроме лиц, имеющих среднее профессиональное фармацевтическое, медицинское образование)	Следует понимать, что дистанционное образование не является формой заочного образования, а является технологией (способом) преподавания для всех форм обучения (см. п. 17)
8	Постановление Правительства № 942 от 19.09.1995 г. «О целевой контрактной подготовке специалистов с высшим и средним профессиональным образованием»	Регламентирует источники финансирования и Положение о целевых контрактах между студентом и работодателем и между студентом и учебным заведением для нужд предприятий, финансируемых из бюджетов всех уровней	Дополнить: – порядком учета реальной и прогнозируемой потребности в специалистах; – порядком учета результатов работы специалистов, обучающихся на основе целевой контрактной подготовки, у работодателей, с которыми заключен контракт; – предусмотреть возможность повышения ответственности за неисполнение контракта

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
9	Приказ № 112н от 11.03.2008 г. Минздравсоцразвития России «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ»	ПРИКАЗЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ И МИНОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ Регламентирует номенклатуру специальностей: специальность, полученная в вузе; специальность основная; специальность, требующая дополнительной подготовки, и порядок получения специальностей. Подготовка по основным специальностям проводится через обучение в интернатуре и (или) ординатуре, за исключением основной специальности «общая врачебная практика» (семейная медицина). Подготовка специалистов по специальностям, требующим дополнительной подготовки, проводится через обучение в ординатуре или путем профессиональной переподготовки	Требуется актуализировать и уточнить: – требования к программам послевузовского профессионального образования и дополнительного образования; – порядок (этапы) получения специальностей; – порядок получения допусков (разрешений) на выполнение определенных высокотехнологичных манипуляций; – квалификационные требования по специальностям. При формировании указанных положений необходимо учесть требование непрерывности образования для всех специальностей и определить объем ежегодно выполняемых манипуляций и операций. Предусмотреть использование системы индикаторов качества для оценки квалификации специалистов
10	Приказ № 176н от 16.04.2008 г. Минздравсоцразвития России «О номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ»	Регламентирует номенклатуру специальностей специалистов со средним медицинским образованием (всего 29 специальностей)	

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
11	Приказ Минздрава России от 15.01.2007 г. № 30 от 15.01.2007 г. «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи»	Регламентирует порядок допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи. Ключевые позиции: студенты имеют доступ к участию в оказании медицинской помощи после прохождения практических занятий на фантомах; медицинских осмотров, оценивающих состояние здоровья студента, и под надзором специалистов	Не во всех медицинских вузах есть возможность организовать практические занятия на современном уровне (фантомах, виртуальных пациентах и тренажерах). Необходимо разработать стандарт материально-технического обеспечения вуза, рассчитать тарифы и предусмотреть адекватное финансирование
12	Приказ № 314 от 09.08.2001 г. Минздрава России «О порядке присвоения квалификационной категории»	Категории подразделяются на 2-ю, 1-ю и высшую. При присвоении категории оцениваются: профессиональная квалификация, компетентность, способность выполнять служебные обязанности в соответствии с должностью. Категория действительна 5 лет. Присваивается Аттестационной комиссией	При широком внедрении дифференцированной системы оплаты труда необходимо в аттестации скорее всего отпадет
13	Приказ № 418 от 31.12.2002 г. Минздрава России «О кадровом обеспечении в здравоохранении»	О реализации постановления Правительства РФ по планированию, организации и учету непрерывного образования работников отрасли и кадрового состава отрасли, о планах приема в высшие учебные заведения, о заключении 3-сторонних договоров по целевой подготовке, о вопросах обучения студентов профессиональным навыкам и др.	

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
14	Приказ № 210 от 03.07.2002 г. Минздрава России «О концепции кадровой политики в здравоохранении»	В Концепции определены направления: совершенствование номенклатуры специальностей; эффективное планирование кадрового потенциала; новые принципы оплаты труда медицинских работников; отражение в образовании проблем практического здравоохранения; привлечение общественных организаций; разработка профессиональных стандартов; квалификационных требований; внедрение непрерывного образования. Представлен план ее реализации	В рамках Стратегии развития здравоохранения необходимо актуализировать раздел по кадровой политике с учетом данной Концепции
15	Приказ Минобрнауки России № 1155 от 25.03.2003 г. «Об утверждении положения об итоговой государственной аттестации выпускников высших учебных заведений Российской Федерации»	Регламентирует аттестацию выпускников, обучающихся по всем формам высшего профессионального образования. Цель аттестации — установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки образовательному стандарту. Виды итоговой аттестации: защита квалификационной работы, государственный экзамен	
16	Приказ Минобрнауки России № 189 от 05.07.2005 г. «Об обеспечении единства образовательного пространства РФ в системе послевузовского профессионального образования»	Регламентирует положение о реализации образовательных программ в адъюнктуре и аспирантуре	

Продолжение табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
17	Приказ Минобрнауки России № 137 от 06.05.2005 г. «Об использовании дистанционных образовательных технологий»	Определяет понятие дистанционные технологии, правила и порядок их использования. Дистанционные обучающие технологии (ДОТ) — образовательные технологии, реализуемые с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника. Допускается использование ДОТ при всех формах обучения	Необходимо подготовить методические рекомендации по использованию ДОТ в высшем медицинском и послевузовском профессиональном образовании
18	Приказ Минобрнауки России № 2571 от 06.09.2000 г. «Об утверждении положения о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов»	Определяет, что профессиональная переподготовка является самостоятельным видом профессионального образования. Осуществляется по программам 2 типов: совершенствования знаний специалистов для выполнения нового вида профессиональной деятельности и для получения дополнительной квалификации. Устанавливаются нормативные сроки этих программ — соответственно свыше 500 ч и 1000 ч. Определяет порядок прохождения стажировки. Требования к программам устанавливаются Минобрнауки РФ, сами программы формируются и утверждаются учебным заведением	Необходимо в нормативных документах Минздравасоцразвития России предусмотреть возможность зачета часов образовательной активности, полученных в форме кредитов
ПИСЬМА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ			
19	О профессиональной деятельности специалистов здравоохранения № 154-ВС от 15.01.2007 г.	Разъясняет порядок получения основной специальности лицами, окончившими медицинские и фармацевтические вузы после 2000 г. и до 2000 г. (т.е. не имеющими документов о необходимой послевузовской подготовке: интернатуре, ординатуре или аспирантуре). Эти специалисты допускаются к работе при стаже работы не менее 5 лет, наличии сертификата специалиста и свидетельства о прохождении курсов повышения квалификации давностью не более 5 лет	См. п. 9

Окончание табл. 17-п

№	Наименование нормативно-правового акта	Основные регламентируемые положения	Предложения по дополнениям и изменениям
20	О допуске специалистов к занятию профессиональной деятельностью на врачебных должностях № 0100/1229-07-32 от 06.02.2007 г.	См. п. 19	
МЕЖДУНАРОДНЫЕ СОГЛАШЕНИЯ			
21	Болонское соглашение. В июне 1999 г. в Болонье (Италия) министрами образования стран Евросоюза была подписана декларация (впоследствии — Болонская). Цель документа — гармонизация и достижение ответственности высшего образования в Европе. На сегодняшний день это соглашение подписали 40 европейских стран. На конференции министров образования, проходившей в сентябре 2002 г. в Берлине, Россия также присоединилась к этому соглашению, и с 2003 г. вошла в Болонский процесс официально	Основные положения Болонского соглашения: 1. Учет образовательной активности в кредитах — условных единицах. 2. Создание единой системы, контролирующей качество образования (международная система аккредитации вузов по единым критериям и методологии). 3. Единые требования к образовательным стандартам. 4. Введение единого приложения к диплому. 5. Создание условий для свободного перемещения студентов. 6. Там, где это возможно, переход на 2-ступенчатую модель обучения: бакалавриат (3 года) и магистратура (2 года). 7. Непрерывность образования. 8. Создание адекватных условий для обеспечения образовательного процесса, в том числе приобретения практических навыков	

2. Анализ системы НМО за рубежом

В большинстве развитых странах **врачи обязаны и имеют возможность непрерывно** повышать свою квалификацию как с помощью традиционных образовательных технологий (обучение в образовательном учреждении путем прохождения курса лекций и практических занятий), так и более современных (например, путем самостоятельного изучения специальных электронных образовательных материалов — модулей в электронной медицинской библиотеке на рабочих местах). Ответственность за качество последидипломного образования традиционно несут профессиональные медицинские ассоциации (палаты, общества), которые разрабатывают образовательные программы и квалификационные требования, а также зачастую сами проводят образовательные мероприятия.

В связи с изменившимися условиями в здравоохранении за рубежом наблюдаются **следующие тенденции** в системе повышения квалификации врачей:

- ▶ Непрерывность медицинского образования, т.е. повышение квалификации происходит не периодически (например, 1 раз в 5 лет), а ежегодно, путем накопления определенного числа кредитов (кредит — условная единица, равная в большинстве случаев 1 ч образовательной активности).

- ▶ Переход НМО из моральной обязанности медицинских работников в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции за ее несоблюдение. Реализуется это через такие механизмы, как лицензирование врачей, заключение контрактов с работодателями, в которых учтено требование ежегодного повышения квалификации врачей, и др.

- ▶ Усиление регулирующей роли государства в вопросах качества последидипломного образования. Реализуется через усиление государственного контроля над качеством образования и качеством труда врачей.

- ▶ Активное использование в образовании современных технологий — электронных, информационных, телекоммуникационных; обучение в малых группах, образование через специально разработанные электронные образовательные модули, обмен опытом с коллегами в электронной медицинской библиотеке.

- ▶ Качественное изменение содержания образования — увеличение часов на преподавание рациональной фармакотерапии хронических неинфекционных заболеваний, обучение методам профилактики, предотвращения осложнений и реабилитации этих заболеваний. Преподавание

экономики здравоохранения, в том числе методов принятия экономически эффективных решений; вопросов организации и управления здравоохранением, в том числе организации преемственности в лечении пациентов. Обучение вопросам клинической эпидемиологии, медицинской информатики, навыкам работы в междисциплинарных командах и эффективного взаимодействия с пациентами.

В таблице 15 (стр. 305) монографии представлена сводная информация по этапам, длительности медицинского образования и условиям допуска к профессиональной деятельности в странах ЕС.

В одном из исследований¹ изучен опыт по реализации НМО в 18 европейских странах и установлено, что в 17 из них НМО считается необходимым; в 6 — регламентируется законом, в 13 — предоставляется профессиональными медицинскими обществами. В большинстве стран НМО учитывается в кредитах, приравненных к 1 ч образовательной активности. С целью мотивации врачей к НМО используются следующие механизмы: получение НМО является условием лицензирования и карьерного роста, учитывается при заключении контракта между медицинским работником и ЛПУ и при выплате премии. Данные о числе кредитов, набранных каждым врачом, публикуются в реестре лицензированных врачей (т.е. эта информация является достоянием коллег, а в ряде случаев и пациентов). Финансируется НМО из самых различных источников и их сочетаний: самими медицинскими работниками, работодателями (МО), фармацевтическими компаниями, государством и страховыми компаниями (табл. 18-п).

Отметим, что в США система НМО имеет самую давнюю, более чем полувековую историю. Возглавляет процесс Американская медицинская ассоциация (АМА), которая разрабатывает требования к НМО, выдает лицензии на право занятия медицинской деятельностью (с учетом получения кредитов НМО); ведет реестр врачей (в котором указывается число набранных кредитов); предоставляет информацию об образовательных мероприятиях; предлагает типовые планы прохождения НМО по различным специальностям. Мероприятия по НМО предоставляют более 600 организаций — от образовательных академических учреждений до коммерческих фирм, но все они должны быть аккредитованы советом АМА для подтверждения соответствия необходимым стандартам. Набор требований,

¹ BMJ. — 2000. — Vol. 320. — P. 423–435.

Таблица 18-п

Организация системы НМО в развитых странах

Показатель	Великобритания	Франция	Германия	США	Канада
Срок действия лицензии	5 лет	Не определен	Не определен	5 лет	5 лет
Условие релицензирования	Наличие НМО и соблюдение стандартов хорошей практики	Наличие НМО рекомендовано	Рекомендованы наличие НМО и учет числа ежегодно выполняемых практических манипуляций	Наличие НМО	Наличие НМО
Сколько кредитов необходимо накопить за 5 лет	250	Различное	Различное	Различное в зависимости от требования обществ по специальности. В среднем — 48 в год	400 (учитывается также значимость мероприятий)
Организация, предоставляющая образовательные услуги по НМО	Образовательные учреждения и профессиональные медицинские общества по специальностям. Требования к программам разрабатываются Главным советом по медицине (General Medical Council), работа которого осуществляется в соответствии с актами парламента. Совет регулирует кадровую политику, выдает лицензии, ведет реестры врачей и разрабатывает программы для базового, специального образования и НМО. Функции обучения по специальностям делегирует профессиональным обществам	Министерство делегирует Совету по медицине функции по базовому, специальному и НМО	Медицинские вузы; программы регулируются министерством	Стандарты устанавливаются Советом по специальности, а образовательные мероприятия предоставляются как образовательными учреждениями и профессиональными ассоциациями, так и коммерческими организациями. Все они должны получить аккредитацию в Аккредитационном совете по НМО	Профессиональные ассоциации по специальности, которыми разрабатываются электронные дневники учета НМО
Мотивация к НМО	Продление лицензии и сертификата при наличии НМО	НМО может учиться при обсуждении вопроса о приостановлении действия лицензии	НМО может учиться при обсуждении вопроса о приостановлении действия лицензии	Требование наличия НМО выставляется профессиональными ассоциациями, страховыми компаниями и работодателями и при продлении лицензии	Продление сертификата специалиста после прохождения НМО, публикация информации на сайте общества и в регистрах

который предъявляет аккредитационный совет, включает: наличие адекватных клинических условий для проведения обучения, высокий профессионализм преподавателей, четко декларируемые цель и задачи обучения, программу обучения, соответствующую заявленной цели, использование современных дистанционных технологий образования, доступность обучения по цене, наличие интернет-сайта для получения информации, ссылки в образовательных материалах на необходимые источники информации и др.

Сегодня в целях признания уровней и качества образования практикующих специалистов между странами ЕС и США разрабатываются единые согласованные требования к НМО и кредитам. Например, Европейский совет медицинских специальностей (European Union of Medical Specialties) планирует создать комиссию для аккредитации качества образовательных мероприятий по различным специальностям; к этой работе будет привлечена и АМА. Первая транснациональная аккредитованная система кредитов уже разработана Федерацией европейских обществ по онкологии (Federation of European Cancer Societies).

Оценка эффективности системы НМО. Об эффективности НМО можно косвенно судить по таким показателям, как удовлетворенность населения КМП, результаты лечения, частота врачебных ошибок, экономия от снижения числа осложнений, степень соответствия назначенного лечения современным клиническим рекомендациям.

В ряде зарубежных исследований изучены частота осложнений от неправильно проведенных врачебных вмешательств и финансовые потери от них. Так, в Канаде врачебные ошибки регистрируют у 1 пациента из 13 госпитализированных; это обходится здравоохранению в 1,1 млн дней дополнительных госпитализаций. В Великобритании ежегодно регистрируется около 850 тыс. случаев серьезных нежелательных проявлений врачебных вмешательств, половину из которых можно было предотвратить; ущерб составляет около 3 млрд долл. В России подобная статистика не ведется, но скорее всего результаты будут еще более неутешительными.

3. Перечень основных мероприятий по внедрению системы НМО в РФ, ключевые функции участников

Предпосылки внедрения НМО в РФ. Сегодня в РФ уже имеется система повышения квалификации медицинских работников, реализуемая в учреждениях дополнительного профессионального образования и на факультетах

усовершенствования врачей. В Положении «О лицензировании медицинской деятельности» указано, что условием лицензирования МО является предоставление врачами (работающими в этой МО) свидетельства о повышении квалификации не реже 1 раза в 5 лет (см. табл. 17-п).

Первыми шагами в направлении повышения квалификации медицинских кадров в РФ и качества дополнительного профессионального образования уже стали:

1. Повышение квалификации и переподготовка более 26 тыс. врачей первичного звена в соответствии с приоритетным национальным проектом «Здоровье» в 2006–2007 гг. за счет средств федерального бюджета и еще 30 тыс. врачей за счет выполнения учебно-производственных планов.

2. Подготовка в 2006 г. под эгидой Минздравсоцразвития России и АСМОК «Библиотеки медицинского работника первичного звена здравоохранения», одобренной Президентом РФ Д.А. Медведевым (книга сопровождается его обращением), и материалов по медико-санитарному просвещению населения, получивших положительные отклики при распространении в медицинских учреждениях страны. К сожалению, обеспеченность ими составляет не более 7–10% от потребности.

3. АСМОК в 2006–2007 гг. разработаны клинические рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины, по 17 специальностям (более 20 рекомендаций по каждой). Клинические рекомендации являются ключевым инструментом системы НМО. К клиническим рекомендациям и другим современным источникам информации должен иметь доступ каждый врач на рабочем месте.

4. В 2007–2008 гг. АСМОК по инициативе Минздравсоцразвития России совместно со всеми российскими профессиональными медицинскими обществами реализовала беспрецедентные по масштабности и значимости для медицинского образования проекты — разработала серию «Национальных руководств»¹ и подготовила проект Национальной электронной

¹ Это руководство, подготовленное под эгидой соответствующего профессионального медицинского общества на основе принципов доказательной медицины с участием всех ведущих специалистов отрасли и отражающее их консенсусную позицию по лечению и диагностике заболеваний. Все руководства сопровождаются электронными дисками и системами поддержки принятия клинических решений.

медицинской библиотеки (НЭМБ)¹. Всего к настоящему моменту создано более 50 Национальных руководств по специальностям. В проекте принимали участие более 3000 докторов медицинских наук.

5. В 2006–2008 гг. в субъектах РФ началась активная информатизация здравоохранения. И хотя многие руководители здравоохранения пока рассматривают компьютерную технику только как источник получения более точной информации о пациенте и способ учета движения финансовых средств, компьютеризация ЛПУ является одним из важных условий для внедрения НМО.

Цели развития НМО в РФ

- ▶ Улучшение качества и повышение безопасности медицинской помощи.
- ▶ Повышение удовлетворенности пациентов.
- ▶ Уменьшение числа врачебных ошибок.
- ▶ Снижение необоснованных издержек при оказании медицинской помощи.

Задачи формирования эффективной системы НМО в РФ

1. Перейти от системы периодического повышения квалификации (1 раз в 5 лет) к системе НМО (ежегодно).

2. Реализовать НМО как в форме традиционных образовательных программ (очное обучение в вузе по программам повышения квалификации и тематического усовершенствования), так и в самостоятельной форме, когда медицинский работник повышает квалификацию, посещая конференции, публикуя научные работы и др.

3. Разработать «шкалу кредитов», где будут определены перечень образовательных мероприятий и дана их оценка в кредитах.

4. Разработать и ввести мотивационные механизмы для получения НМО — учитывать ежегодное получение кредитов при ресертификации и лицензировании, заключении контрактов с работодателями, оплате труда специалистов.

¹ Электронная медицинская библиотека — это электронный ресурс, содержащий гигабайты современной высококачественной и постоянно обновляемой медицинской информации, снабженный программным обеспечением, позволяющим медицинскому работнику легко находить необходимую информацию.

5. Внедрить новые технологии преподавания (дистанционные, обучение в малых группах, на рабочих местах), а также ввести аккредитацию образовательных мероприятий.

6. Создать условия в МО для получения НМО — организовать медицинские библиотеки, оснастить рабочие места врачей системами поддержки принятия клинических решений. В медицинских вузах обеспечить внедрение дистанционных форм обучения.

7. Актуализировать нормативно-правовую базу с целью регламентации основных положений НМО и законодательному закреплению ответственности медицинских работников по получению НМО.

Принципы организации НМО

- ▶ Государственное регулирование системы НМО.
- ▶ Получение НМО на базе существующих факультетов послевузовской подготовки и учреждений дополнительного профессионального образования (по программам повышения квалификации и тематического усовершенствования), на рабочих местах в МО (с помощью дистанционных технологий) и самостоятельно медицинскими работниками.
- ▶ Поэтапное вовлечение профессиональных медицинских обществ в разработку образовательных стандартов и программ, квалификационных требований, образовательных материалов, требований к образовательным мероприятиям, а также (в дальнейшем) предоставление им права проведения самих образовательных мероприятий.
- ▶ Увеличение образовательной активности врачей с 144 до 216 ч, равномерно распределенных по годам. Добавление к стандартным образовательным программам (курсы повышения квалификации и тематического усовершенствования) дополнительных образовательных часов, которые врач должен пройти самостоятельно и на рабочих местах.
- ▶ Оценка образовательной активности в кредитах, где за 1 кредит принят 1 ч академической активности.
- ▶ Широкое использование дистанционных технологий обучения при очных формах обучения (курсы повышения квалификации и тематического усовершенствования), предоставляемых образовательными учреждениями, имеющими лицензию на образовательную деятельность.
- ▶ Создание условий в МО для проведения НМО: оснащение рабочих мест врачей компьютерами, образовательными электронными системами и обеспечение доступа врачей к электронным медицинскими библиотеками.

- ▶ Увеличение статьи расходов на НМО в бюджетах всех уровней.
- ▶ Актуализация правовой базы.
- ▶ Учет качества мероприятий НМО путем их аккредитации.
- ▶ Учет результативности НМО через создание системы контроля качества труда медицинских работников на основе международной системы индикаторов качества.

Способы учета, программы и формат мероприятий НМО

Образовательная активность по НМО включает 2 больших блока — очное обучение с использованием дистанционных форм обучения (которое уже имеется в РФ) и самостоятельное обучение, в том числе на рабочих местах. Всего необходимо набрать 216 кредитов за 5 лет, из них для очных форм обучения предлагается сохранить 144 кредита. Эти 144 ч должны быть распределены по годам и преподаваться с помощью дистанционных технологий.

Для формирования эффективных программ по НМО необходимо:

1. **Оценить и выявить потребности** (проблемы) практикующих врачей и региональной системы здравоохранения. Это можно сделать путем опроса медицинских работников и организаторов здравоохранения, изучения научной литературы, аудита КМП, опросов и анализа жалоб пациентов и др.

2. **Установить цели** программы обучения: ознакомление с новыми методами лечения, с практическими рекомендациями по уже имеющимся методам лечения, обучение новым практическим навыкам и др.

3. **Определить содержание** образовательной программы. Она должна быть современной, основанной на принципах доказательной медицины, и не зависеть от рекламодателей.

4. **Определить формат** мероприятий. Это могут быть как лекции, где присутствуют от 50 до 500 человек, так и малые группы (до 10 человек). Желательно как можно больше интерактивных занятий, предполагающих активное участие обучаемого.

5. **Усилить интерактивность обучаемого** путем постановки вопросов и их обсуждения в малых группах, обсуждения сложных клинических случаев, разбора типовых врачебных ошибок, прогнозирования клинических ситуаций, использования «стандартизованных» пациентов.

6. **Предусмотреть время на дистанционное обучение.** Реализуется путем предоставления возможности обучаться через Интернет, с помощью CD-

дисков, через телемедицинские технологии, а также с помощью печатных материалов (при отсутствии компьютеров и выхода в Интернет). Чтобы быть эффективными, интернет-образовательные технологии должны быть удобно размещены на веб-странице, предоставляться небольшими блоками, удобно читаться с экрана, давать возможность для интерактивного взаимодействия, содержать тестовые вопросы. Необходим также доступ к справочным базам данных, например клиническим рекомендациям профессиональных обществ, Национальным руководствам и т.д.

7. Оценить качество обучения. Критерии оценки: посещаемость курса; удовлетворенность обучаемых; изменение уровня знаний и навыков, достигнутые изменения в клинической практике; изменения в удовлетворенности пациентов и, наконец, улучшение здоровья населения на популяционном уровне. Для двух последних показателей необходимы материалы из истории болезней и данные ежегодной статистики.

Дополнительные кредиты можно получить за счет **самостоятельной активности** — посещения конференций, семинаров, написания научных статей и рефератов.

Среди образовательной активности без отрыва от производства следует также отметить: участие в разработке стандартов лечения; проведение аудита КМП в МО. В табл. 19-п представлена примерная **шкала ранжирования образовательных мероприятий в кредитах**.

Структура НМО и функции участников

Функции участников НМО предлагается распределить следующим образом:

Минздравсоцразвития России совместно с профессиональными медицинскими ассоциациями: разрабатывает образовательные стандарты; требования к образовательным программам; подготавливает нормативную и методическую базу НМО; создает Национальную электронную медицинскую библиотеку и обеспечивает бесплатный доступ к ней всех медицинских работников.

Медицинские вузы, учреждения дополнительного профессионального образования: составляют индивидуальный план НМО для своих курсантов, по которому ведут учет кредитов; а также предоставляют услуги по очным формам обучения; проводят итоговое тестирование после прохождения образовательной программы; выдают и продлевают сертификаты.

Таблица 19-п

Ранжирование образовательных мероприятий в кредитах

Образовательное мероприятие	Кредиты
Заочная аспирантура/соискатель ученой степени кандидата медицинских наук по избранной специальности	100
Общее усовершенствование (не менее 144 ч)	144
Тематическое усовершенствование (72 ч)	72
Публикация статьи в центральной печати без соавторства	10
Публикация статьи в центральной печати в соавторстве	8
Публикация статьи в местной печати	4
Публикация тезисов на Всероссийской конференции	5
Патент на полезную модель/изобретение	20
Стажировка:	
— в РФ	15
— за рубежом	25
Руководство интернами на клинической базе	20
Выступление на:	
— заседании региональной профессиональной ассоциации	5
— Всероссийском съезде, конференции, конгрессе, симпозиуме	15
— международном съезде, конференции, конгрессе, симпозиуме	25
Участие в работе:	
— региональной профессиональной ассоциации, общества (подтвержденное сертификатом участника)	3
— Всероссийской конференции, съезде, конгрессе (подтвержденное сертификатом участника)	10
— международном конгрессе, съезде, конференции (подтвержденное сертификатом участника)	13
Проведение мастер-класса по специальности (6 уч. ч)	10
Участие в мастер-классе по специальности	3
Публикация тезисов на региональной конференции	5
Освоение новой диагностической или лечебной методики	10

Профессиональные медицинские общества по специальностям и их объединения (АСМОК): участвуют в разработке нормативной и методической базы НМО; разрабатывают квалификационные требования, информационно-образовательные материалы для обеспечения образовательных программ; проводят конференции, семинары. Региональные общества по специальностям принимают участие в работе 3-сторонней комиссии (совместно с образовательным учреждением и региональным органом управления здравоохранением), которая ведет реестры врачей, составляет план и аккредитует мероприятия НМО (т.е. присваивает число кредитов). Предлагается усилить роль медицинских научно-практических обществ (ассоциаций) в разработке типовых образовательных модулей для дистанционного обучения, а также в установлении и контроле требований к качеству медицинских конференций, совещаний. В перспективе научно-практические общества могли бы реализовывать программы повышения квалификации специалистов.

Региональные органы управления здравоохранением: ведут реестры врачей с указанием их активности по НМО, утверждают план мероприятий по НМО и аккредитуют их совместно с профессиональными объединениями. Они также создают условия для получения НМО — предусматривают достаточные средства в бюджете, организуют региональную медицинскую библиотеку, оснащают рабочие места врачей компьютерами с системами поддержки принятия клинических решений и доступом к электронной медицинской библиотеке.

Руководители МО: организуют медицинские библиотеки в МО, оснащают рабочие места врачей компьютерами, системами поддержки при принятии клинических решений и обеспечивают доступом к электронной медицинской библиотеке; контролируют ежегодное получение НМО сотрудниками и качество работы врачей; предоставляют информацию для реестров врачей.

Порядок получения НМО для врачей

1. Врач обращается в образовательное учреждение (или 3-стороннюю комиссию), где для него составляется индивидуальный 5-летний план НМО.

2. Образовательные мероприятия по программам очного обучения он проходит в образовательном учреждении, имеющем лицензию на образовательную деятельность.

3. На сайте регионального органа управления здравоохранением врач получает информацию о возможности приобретения кредитов путем посещения других образовательных мероприятий (лекций, семинаров и др.).

4. Ежегодно врач предоставляет отчет о своей образовательной активности и набранных кредитах главному врачу МО.

5. По истечении 5 лет отчет о набранных кредитах предоставляется в образовательное учреждение (и/или региональный орган управления здравоохранением или 3-стороннюю комиссию), на основании чего продлевается сертификат.

4. Порядок внедрения НМО, мотивация врачей к НМО

Нормативное обеспечение НМО: предложения представлены в табл. 17-п. Суть этих предложений сводится к тезису: законом должна быть предусмотрена обязательность НМО для врачей. Необходимо также актуализировать требования к стандартам и образовательным программам НМО, разработать квалификационные требования к специалистам; к материально-техническому обеспечению НМО; индикаторы оценки эффективности системы НМО и методические рекомендации по внедрению НМО.

Финансовое обеспечение НМО предлагается осуществлять за счет средств федерального бюджета, региональных бюджетов и МО. Для этого необходимо обосновать и рассчитать затраты на 1 врача в год. За рубежом на информационное обеспечение врачей тратится не менее 1,5% от годового фонда оплаты труда (ФОТ), а на мероприятия НМО (конференции, выставки, стажировки) — дополнительно не менее 5% от ФОТ.

Мотивационные механизмы для прохождения НМО

▶ Продление сертификата и (или) лицензии на основании предоставления свидетельства о прохождении НМО.

▶ Учет при оплате труда числа накопленных кредитов.

▶ Возможность расторжения трудового контракта при систематическом отсутствии повышения квалификации (например, 2 года подряд).

▶ Доступность информации о ежегодной активности врачей в части НМО, публикуемой в реестрах врачей.

▶ Внедрение системы показателей КМП, в том числе оценки качества работы медицинского персонала.

Этапы внедрения НМО

2009–2010 гг. — разработка нормативно-методической базы, создание материально-технических условий для НМО.

2010–2011 гг. — внедрение НМО в РФ.

Риски внедрения НМО и пути их нивелирования представлены в табл. 20-п. Для **управления внедрением НМО в РФ** предлагается создать при Минздравсоцразвития России рабочую группу, которая разработает план мероприятий, организует подготовку нормативно-методических документов и их экспертизу, а также будет мониторировать процесс развития НМО в РФ.

Первоочередные меры

1. Провести совместное совещание Совета ректоров и АСМОК по развитию системы НМО в РФ и обсудить основные направления Концепции развития НМО.
2. Создать рабочую группу по НМО при Минздравсоцразвития России.
3. Подготовить план работ по формированию нормативно-методической базы.
4. Подготовить программу реализации НМО в выбранных (пилотных) субъектах РФ.
5. Подготовить типовой модуль для дистанционного образования.

Таблица 20-п

Риски внедрения НМО и пути их нивелирования

Риск	Пути нивелирования
Недовольство профессорско-преподавательского состава вузов изменениями	Разъяснение того, что вследствие этих перемен почасовая нагрузка не уменьшится. Предоставление методических документов, организация совещаний и семинаров для профессорско-преподавательского состава по НМО и внедрение дистанционных технологий образования. Пояснить важность внедрения НМО для повышения квалификации врачей. Учитывать освоение дистанционных технологий преподавания в дифференцированной системе оплаты труда профессорско-преподавательского состава
Отсутствие технических возможностей для дистанционного образования	Предусмотреть средства в федеральном и (или) региональном бюджете здравоохранения
Низкое качество образовательных мероприятий	Предусмотреть систему контроля качества мероприятий в соответствии с разработанными стандартами. Учитывать их соблюдение при аттестации и аккредитации вуза
Неудовлетворенность медицинских работников дополнительными требованиями	Разъяснительная работа, в том числе через руководителей учреждений, профессиональные ассоциации, прессу. Предусмотреть дифференцированные подходы к оплате труда с учетом ежегодного набора установленного числа кредитов

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Обоснование предложений по формированию ПГГ и роль стандартов медицинской помощи в здравоохранении РФ

Введение

В настоящее время в РФ по сравнению с развитыми странами ПГГ значительно недофинансирована, поэтому может покрыть населению только небольшой объем медицинских услуг, который не соответствует современным стандартам медицинской помощи. Широкий и неопределенно сформулированный спектр заявленных гарантий населению в сочетании с их существенным недофинансированием приводит к снижению качества и доступности медицинской помощи населению, нарастанию личных расходов населения на медицинскую помощь или отказу от нее в случае отсутствия средств. Для формулирования предложений по порядку формирования ПГГ в РФ в данной справке проанализирован опыт финансирования и формирования ПГГ за рубежом.

Несмотря на то, что в развитых странах расходы на ПГГ значительно более высокие, чем в РФ, тем не менее они не всегда покрывают потребности населения в медицинской помощи. Это связано с внедрением в практику новых дорогостоящих медицинских технологий, увеличением доли пожилого населения и числа лиц, страдающих хроническими заболеваниями, а также ростом потребления медицинских услуг со стороны населения. Дисбаланс между имеющимися финансовыми средствами и объемом потребления медицинских услуг в ряде развитых стран привел к их неэффективному распределению (или рационированию). Это проявляется в исключении высоко-

эффективных медицинских вмешательств из пакета госгарантий, появлении очередей на получение плановой медицинской помощи и в неравенстве в доступности медицинской помощи различных групп населения. В справке подробно описаны современные технологии эффективного распределения (или рационарования) ограниченных ресурсов здравоохранения.

Поскольку стандарты медицинской помощи в РФ неоднократно предлагались в качестве инструмента для формирования ПГГ, в справке даны определения стандартов и описана их роль в здравоохранении.

Справка включает следующие разделы:

1. Финансирование и формирование ПГГ в экономически развитых странах.
2. Роль стандартов медицинской помощи в здравоохранении.
3. Предложения по формированию ПГГ в РФ.

1. Финансирование и формирование ПГГ в экономически развитых странах

Финансирование ПГГ

Сегодня в развитых странах солидарные (государственные) источники финансирования (ОМС и/или централизованные налоги) в общих расходах на оказание медицинской помощи составляют в среднем: 6,6% ВВП (в РФ — 3,7% ВВП, т.е. в 1,8 раза меньше) или 2200 \$ППС (в РФ — 577 \$ППС, т.е. в 3,8 раза меньше).

Такое высокое по сравнению с РФ государственное финансирование здравоохранения обеспечивается более значительной долей налоговых и страховых отчислений в государственные фонды (например, отчисления в фонды ОМС в развитых странах составляют не менее 14% от ФОТ, в РФ — 3,2%), а также более высокой долей заработной платы в ВВП, с которой делаются эти отчисления (в развитых странах — 55–60%, в РФ — 35%) и прогрессивным характером начисления налогов и страховых взносов. Расходы населения на медицинскую помощь, как через систему ДМС, так и из личных средств (соплатежи), составляют в общих расходах в среднем около 20% (в РФ — 32%, что в 1,6 раза выше).

Такое высокое финансирование госгарантий позволяет развитым странам обеспечивать **практически всему населению полный спектр современ-**

ных медицинских вмешательств, включая обеспечение лекарственными средствами (ЛС) в амбулаторных условиях, и в большинстве случаев услуги по долговременному уходу (исключение составляют США). Вопросы финансирования медицинской помощи за рубежом и в РФ более подробно освещены в разделе 3.2.1, стр. 72 основного текста монографии.

Рост расходов на медицинские услуги по ПГГ и необходимость их эффективного распределения. Расходы на оказание медицинской помощи в экономически развитых странах постоянно растут в среднем на 4% в год (в США — на 7%). Увеличение расходов связано с внедрением новых дорогостоящих методов диагностики и лечения заболеваний, старением населения и высокой распространенностью хронических неинфекционных заболеваний, требующих длительного лечения. Существенно отражается на этом росте увеличение потребления медицинской помощи со стороны пациентов. Это обусловлено тем, что пациенты, получающие услуги по ПГГ, практически не оплачивают расходы на медицинскую помощь сами — плательщиком является 3-я сторона (государство или страховая компания). Соответственно фактор реальной стоимости этих услуг не оказывает сдерживающего влияния на потребление, как, например, высокая цена на другие товары и услуги, оплачиваемые населением полностью и непосредственно из своего кармана.

Определенное давление на увеличение расходов на медицинскую помощь оказывают фармацевтические компании и производители медицинской техники, стараясь продвигать на рынок свои новые товары, зачастую очень дорогостоящие. Они реализуют свое влияние как через государственные органы власти, так и проводя активную маркетинговую политику среди врачей.

В результате может возникнуть дисбаланс между объемом потребления медицинских услуг и имеющимися финансовыми средствами на их оказание, что в ситуации отсутствия активного государственного регулирования приводит к неэффективному распределению средств. Примерами такого неэффективного распределения являются очереди на получение медицинской помощи (Великобритания, Канада), незастрахованные группы населения (США), отказы пациентам в применении эффективных методов лечения (США, Великобритания, Новая Зеландия), неравенство в качестве и доступности медицинской помощи для населения с разными доходами (Великобритания, Канада, США) и др.

В условиях, когда возможность дальнейшего увеличения финансирования медицинской помощи ограничена (население и государство не готовы увеличивать налоговую или страховую нагрузку), для целей упорядоченного распределения медицинских услуг (медицинской помощи) между всеми нуждающимися в ней требуется применение специальных научно обоснованных технологий. **Эффективное, основанное на научных методах, распределение ресурсов на медицинскую помощь принято называть рационированием.** Рационирование подразумевает: правильный выбор приоритетов в финансировании медицинской помощи; справедливое распределение имеющихся солидарных ресурсов между группами населения; установление ограничений в потреблении; применение методов, сдерживающих необоснованные затраты на медицинскую помощь и др.

Факторы, влияющие на формирование пакета госгарантий

Как уже было указано выше, ПГГ в развитых странах покрывает полный спектр современных медицинских вмешательств, даже такие дорогостоящие процедуры, как трансплантация органов и тканей. Наиболее полно медицинские услуги обеспечиваются в Германии и Франции. В Германии, например, они даже включают услуги психотерапевта и SPA-процедуры. Любое сокращение гарантированного пакета вызывает недовольство населения и пациентов, которое поддерживается СМИ.

Например, когда в Великобритании в 2000 г. было решено не оплачивать стоимость лечения рассеянного склероза бета-интерфероном из государственных средств, это повлекло за собой противостояние общества больных рассеянным склерозом и государства. Исключение бета-интерферона из пакета госгарантий было предложено государственным институтом, занимающимся организацией разработки клинических рекомендаций на основании того, что стоимость лечения этим препаратом превосходит возможный порог потенциальной пользы. В результате этого противостояния в 2002 г. был достигнут компромисс: в стандартах, выпущенных этим институтом, было написано, что уже получающие лечение больные могут его продолжить, а от новых назначений врачам рекомендовано воздержаться.

Этот пример демонстрирует, что на процесс формирования (или определения) гарантированного пакета медицинских услуг влияет множество факторов (см. рис. 43, стр. 221). Это практически всегда баланс множества интересов: потребность государства в улучшении здоровья пациентов и

их удовлетворенности медицинской помощью, давление организаций пациентов по включению определенных видов лечения, бюджет программы государственных гарантий, наличие научно обоснованной системы терапевтической и экономической оценки медицинских технологий и др.

Раньше во многих странах пакет гарантий определялся на основании неконкретных формулировок, например «все, что необходимо и обоснованно» — в США, «вся необходимая медицинская помощь» — в Канаде. В течение последних 10–15 лет наблюдается переход от неконкретных и скрытых методов формирования ПГГ к научным, на основе количественных расчетов. Поскольку рacionamento является, по сути, ограничением, то очень важно соблюсти баланс между качеством медицинской помощи и степенью этого ограничения. **Нельзя допускать, чтобы ограничения в объемах и качестве оказываемой медицинской помощи по ПГГ привели к росту смертности и ухудшению показателей здоровья населения, а также дискриминации одних групп населения по сравнению с другими (как это произошло, например, в Российской Федерации за последние 15 лет).** Для этого в формировании ПГГ необходимо использовать научные технологии.

Современные технологии формирования пакета ПГГ

На рисунке 44, стр. 223 представлены основные инструменты рационирования, среди них: сдерживание потребления через соплатежи пациентов; регулирование цен на услуги; эффективное расходование имеющихся средств путем внедрения клинических рекомендаций в практику; ограничение доступности путем создания управляемых очередей и сокращения направлений на дорогостоящие виды лечения; создание ограничительных списков лекарственных средств, медицинских услуг и др. Рационализация может происходить также на различных уровнях — от государства до конкретного врача.

На основе технологии выбора приоритетов формируется базовый пакет государственных гарантий, т.е. определенный объем медицинской помощи (в форме набора услуг, перечней лекарственных средств и др.), который будет субсидирован населению. Различные подходы к формированию пакета госгарантий в зарубежных странах представлены в табл. 21-п. В таких странах, как Норвегия, Швеция и Голландия, пошли по пути формирования списка критериев, на основании которых решается вопрос о субсидировании услуги в каждом отдельном случае. В США (штат

Таблица 21-п
Технологии, используемые для формирования госгарантий в различных странах

	НОРВЕГИЯ, ШВЕЦИЯ, Голландия	ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	США (ШТАТ ОРЕГОН)	ГЕРМАНИЯ, ФРАНЦИЯ
ТЕХНОЛОГИИ	Критерии: необходимость, потребность в медицинской помощи, клиническая и экономическая эффективность медицинского вмешательства и др. Эти критерии служили фильтром для определения того, будет ли оплачена услуга или нет. В Голландии определен конкретный перечень медицинских услуг, которые должны обеспечить застрахованным СМО	Комплексная оценка медицинских вмешательств и стандарты по заболеваниям: в 1999 г. создан специальный институт — «NICE» (Национальный институт совершенствования клинической практики) для определения клинической и экономической эффективности медицинских технологий. С учетом этой оценки составляются КР по отдельным заболеваниям, в которые включаются только специально отобранные технологии	Комплексная оценка медицинских вмешательств и стандарты по заболеваниям: в 1992 г. создана Комиссия по формированию базового пакета гарантий, которая определила принципы и ключевые категории медицинских услуг, установила очередность в соответствии с неотложностью медицинского вмешательства и показания для групп населения. Комиссия также занимается разработкой КР	Перечни комплексных услуг: в 1989 г. Комиссия приступила к разработке перечня комплексных услуг (например, лечение пневмонии антибиотиками) и распределила их по приоритетности в зависимости от экономической и терапевтической эффективности и степени их важности для пациентов. К наиболее приоритетным отнесены неотложные и профилактические услуги и лечение хронических заболеваний	Перечни лекарств, лимиты расходов и соплатежи населения: установлены лимиты расходов для врачей и отдельных ЛПУ, государственное регулирование цен на услуги и лекарственные средства (ЛС). Создаются перечни ЛС, которые включают только безопасные, клинически и экономически эффективные ЛС. Предпочтение также отдается дженерикам (т.е. воспроизведенным ЛС)
ОБЪЕМ ГАРАНТИЙ	Практически полный спектр современных лечебных, диагностических, реабилитационных медицинских и социальных услуг, включая обеспечение ЛС в амбулаторных условиях (в соответствии с перечнями ЛС) Но в Великобритании и Канаде имеются очереди на получение плановых услуг и на прием врача общей практики	Из 700 комплексных вмешательств государственной программой «Медикейд» для бедных покрывается только 550, но зато всем застрахованным	Практически все виды диагностических, лечебных услуг, включая медико-социальный уход, обеспечение ЛС в амбулаторных условиях и перевозку. Исключено: некоторые виды зубопротезирования, косметология		

Орегон) был сформирован конкретный перечень комплексных лечебных услуг. В Великобритании, Австралии и Новой Зеландии используется метод комплексной оценки медицинских технологий, и те из них, которые удовлетворяют заданным критериям, включаются в стандарты медицинской помощи (или клинические рекомендации).

Важно, чтобы отбор медицинских вмешательств (услуг) был основан на данных анализа их экономической эффективности, т.е. анализа соотношения пользы от этого вмешательства и его стоимости (затрат или сравнительных затрат). Например, в первую очередь в пакет госгарантий должно попасть то вмешательство, которое при одинаковой терапевтической эффективности (пользе) и безопасности будет стоить меньше (т.е. будет иметь более низкое соотношение затраты/польза). При проведении такого анализа очень важно определить, что понимается под пользой и что включается в стоимость вмешательства.

Сегодня ученые при проведении экономических оценок пошли еще дальше — они оценили не только сам факт соотношения терапевтической эффективности и затрат на вмешательство, но и соотношение терапевтической эффективности и затрат на год «качественной» жизни (QALY — quality adjusted life year). Например, стоимость одного года жизни с учетом качества жизни после операции замены тазобедренного сустава стоит 2 тыс. долл. США, трансплантация почки — 7,5 тыс. долл. США, нейрохирургическое вмешательство по поводу злокачественной опухоли — 320 тыс. долл. США. Этот метод используют в Великобритании при оценке отдельных медицинских технологий, которые затем включаются в стандарты медицинской помощи. При этом оценивается порог стоимости, выше которого государственная система не может позволить себе включение этой технологии в пакет госгарантий. В Великобритании этот порог определен на уровне 60–80 тыс. долл. США за год «качественной» жизни. В Австралии в перечень ЛС попадают препараты, стоимость курса лечения которыми не превышает 50 тыс. долл. США на год качественной жизни.

Организационные технологии, используемые в ряде зарубежных стран для формирования пакета госгарантий

Великобритания: в этой стране для эффективного рационирования и формирования пакета госгарантий в 1999 г. Национальная служба здравоохранения создала Национальный институт совершенствования клини-

ческой практики (NICE — National Institute of Clinical Excellence). Задачи этого института — организовать комплексную оценку медицинских технологий (в первую очередь по наиболее затратным и спорным для применения на практике медицинским вмешательствам). В том числе в его задачи вошло составление стандартов (клинических рекомендаций) для врачей по использованию этих технологий. Рекомендации разрабатываются клиническими экспертами (группами экспертов по различным специальностям) и по определенной методологии. После написания проекта стандарта происходит его публичное обсуждение, которое в среднем занимает не менее 6 мес. Условно считается, что все, что включено в рекомендации, должно субсидироваться пациентам из государственных источников. В мае 2008 г. Британское общество врачей открыто признало, что в ближайшее время часть медицинских вмешательств придется исключить из уже разработанных стандартов, так как финансовых средств на их выполнение недостаточно, и также призвало пациентов принять участие в научно обоснованном и открытом обсуждении этих вопросов.

Орегон (штат в США): в этом штате по государственной программе «Медикейд» (для малообеспеченных граждан) приняли один из самых конкретных инструментов рационирования медицинской помощи — ограничительный перечень комплексных медицинских вмешательств. Специально созданная Комиссия сформировала 709 групп таких вмешательств. Все они были ранжированы на основе анализа экономической и терапевтической эффективности, а также важности данного вмешательства для пациентов. На верхних позициях оказались такие вмешательства, как лечение пневмонии антибиотиками, хирургическое вмешательство по поводу грыжесечения, лечение травм, диабета, профилактические мероприятия; в средних — такие рутинные вмешательства, как лечение синусита; в самом нижнем конце списка — поддержание жизни новорожденным с экстремально низкой массой тела или анэнцефалией. Граница по включению в пакет госгарантий проведена на 566-й позиции — реконструкция молочной железы после операции мастэктомии. Список вмешательств принят в качестве закона штата. Этот эксперимент повлек за собой много дискуссий. С одной стороны, результатом такого рационирования стало увеличение числа застрахованных (т.е. денег хватило на всех малообеспеченных граждан), с другой стороны — объем помощи, который могут получить эти застрахованные, строго ограничен. Более того, следует учи-

тывать, что такой прозрачный отказ пациентам в оказании определенных услуг, не попавших в список, вызывает проблемы этического характера. Но так как вышеуказанный перечень комплексных медицинских вмешательств формировался с участием населения и публично, а также позволил снизить число незастрахованных до 12% (в США в среднем их число достигает 16%), то число удовлетворенных организацией медицинской помощи в этом штате рекордное — 88% (в среднем по США — 16–20%).

Германия, Франция: в этих странах пошли по пути сдерживания общих расходов на медицинскую помощь по ПГГ, формирования ограничительных перечней лекарственных средств, внедрения соплатежей пациентов. Правительство приняло лимиты бюджетов на расходы больничных учреждений и врачей, свыше которых стоимость проведенного ими лечения не оплачивается. Более того, правительством регулируются тарифы не только в системе обязательного страхования, но и даже в независимых больничных учреждениях, не работающих в рамках ОМС. Также разработан перечень лекарств, из которого исключены малоэффективные препараты и установлены референтные (предельные) цены на ЛС.

Канада: пакет госгарантий не сформулирован конкретно — должна оказываться «вся необходимая» медицинская помощь. Что именно необходимо — не определено. В Канаде покрывается практически полный пакет медицинских услуг и не существует соплатежей населения. Государство сдерживает расходы на медицинскую помощь путем ограничения доступности высокотехнологичных методов лечения, что привело к созданию очередей.

Австралия, Новая Зеландия: в этих странах создана специальная Комиссия по разработке рекомендаций и по формированию пакета государственных гарантий. Комиссия отбирает медицинские технологии (в первую очередь оценивается лекарственная терапия) на основании анализа экономической эффективности ЛС.

2. Роль стандартов медицинской помощи в здравоохранении

Разновидности стандартов медицинской помощи и цели их использования

В нормативно-правовой базе РФ определения **стандартов медицинской помощи** сегодня не существует. Общее определение стандартов дано в ФЗ № 184 от 27 декабря 2002 г. «О техническом регулировании». Стандарт в этом законе определен как документ, в котором в целях добровольного

многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (раздел VIII, статья 37.1) прописано, что «стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения», т.е. Минздравсоцразвития России.

Исходя из Федерального закона № 258-ФЗ от 29 декабря 2006 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (раздел II, статья 5.1) можно сделать предположение, что упомянутые стандарты предназначены для повышения качества медицинской помощи («К полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относятся следующие полномочия: осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения)»).

Вместе с тем в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 410-н от 11 августа 2008 г. «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» не упомянуто целей использования стандартов, а структура стандарта более всего напоминает документ строго ограничительного характера, т.е. медико-экономический стандарт. Предложенная в данном приказе процедура разработки стандартов не соответствует международным нормам по разработке подобного рода документов (см. раздел 3.4.3, стр. 125). Что касается «порядков», то аналогов таких документов в мире нет.

За рубежом под стандартами медицинской помощи чаще всего подразумевают клинические рекомендации (КР). Работа над КР началась с начала 1990-х гг. КР — это документы рекомендательного характера, содержащие сжатую и

структурированную информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний. Цель — повышение качества медицинской помощи, снижение необоснованных назначений, внедрение современных методов диагностики и лечения заболеваний. Документ разрабатывается профессиональными медицинскими обществами на основании комплексной оценки клинической эффективности и безопасности медицинских вмешательств (т.е. в КР включаются медицинские технологии с доказанной эффективностью и безопасностью). В наиболее качественных КР медицинские вмешательства ранжированы в зависимости от уровня доказательности, т.е. обоснованности назначения. Наиболее доказанными (обозначается как уровень А) являются медицинские вмешательства, эффективность которых обоснована в рандомизированных клинических исследованиях¹, наименее доказанными (обозначается как уровень С) — эффективность которых основана на мнении эксперта. От других источников информации (руководств) КР отличаются краткостью и тем, что разрабатываются по специальной методологии.

В целях проведения комплексной оценки медицинских технологий (которые включаются в КР и государственные перечни услуг и ЛС) правительства многих стран создали специальные Агентства по оценке медицинских технологий — Health Technology Assessment Comities. Наиболее известными разработчиками КР являются: шотландское общество врачей, американское общество врачей, ассоциация врачей Финляндии, а также государственный Национальный институт совершенствования клинической практики (NICE) в Великобритании. Для унификации процессов разработки и применения КР было создано международное общество разработчиков клинических рекомендаций (AGREE).

Клинические рекомендации занимают сегодня центральное место в управлении качеством медицинской помощи и непрерывном образовании врачей за рубежом. В РФ профессиональными медицинскими обществами в соответствии с международной методологией разработано около 300 клинических рекомендаций по наиболее распространенным заболеваниям.

Среди разновидностей стандартов, регламентирующих оказание медицинской помощи медицинскими работниками, существуют еще **протоколы**

¹ Рандомизированное клиническое исследование — это исследование, в котором больные были распределены по группам случайным образом и использовалась контрольная группа больных, принимавших плацебо.

и планы ведения больных. Под протоколами за рубежом чаще всего понимается регламент проведения того или иного медицинского вмешательства, который должен жестко соблюдаться, а любое отхождение от этого протокола должно быть аргументированно объяснено врачом. В РФ протоколы (они же назывались отраслевыми стандартами) появились с середины 1990-х годов, когда началась работа по стандартизации медицинской помощи. Эти протоколы разрабатывались лабораторией стандартизации Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 303 от 03.08.1999 г. До 2003 г. эти протоколы утверждались министерством, регистрировались в Минюсте России и считались обязательными к исполнению.

По структуре и порядку разработки российские протоколы нельзя было отнести ни к клиническим рекомендациям, ни к медико-экономическим стандартам. Как КР эти протоколы были ущербны, так как не включали полный спектр эффективных и современных технологий. Как ограничительные стандарты медицинской помощи, гарантирующие определенный объем медицинской помощи по ПГГ, — они не были сбалансированы с финансовым обеспечением этой программы. Также нечетко были прописаны критерии отбора в протоколы медицинских вмешательств.

С 2003 г. в связи с принятием закона «О техническом регулировании» протоколы стали называться стандартами и соответственно носить рекомендательный характер. Всего до настоящего времени было разработано около 600 федеральных стандартов медицинской помощи. Следует отметить, что некоторые из этих документов требуют научной актуализации и балансировки с имеющимися финансовыми ресурсами по ПГГ.

Под планами (алгоритмами) ведения больных чаще всего понимают адаптированные к условиям конкретной медицинской организации клинические рекомендации, т.е. эти планы описывают порядок проведения и перечень медицинских вмешательств при определенных заболеваниях в зависимости от того, какими кадровыми и материально-техническими ресурсами обладает организация. В РФ разработаны типовые планы ведения больных для многопрофильного стационара¹.

¹ Планы ведения больных / под ред. Е.И. Полубенцевой, О.В. Андреевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Под медико-экономическим стандартом (МЭС) понимается документ строго ограничительного характера, который использовался в субъектах РФ в середине 1990-х годов для ограничения врачебных назначений и дней пребывания пациентов в стационаре. Эти МЭС в большинстве случаев содержали перечни услуг и перечни ЛС, которые было разрешено применять при данном заболевании в рамках ПГГ, и чаще всего были подготовлены без какого-либо научного обоснования (Найговзина Н.Б. и др., 2004).

Таким образом, можно сделать вывод, что в наиболее общем понимании стандарты медицинской помощи по заболеваниям — это документы рекомендательного характера, которые предназначены, с одной стороны, для повышения качества медицинской помощи, с другой — могут служить инструментом рационального применения медицинских вмешательств (услуг), т.е. снижения непроизводительных издержек при оказании медицинской помощи.

Если в стандарт медицинской помощи включаются только определенные медицинские услуги и ЛС (например, только из перечней услуг или ЛС, сформированных с учетом экономических ограничений), то эти документы могут носить ограничительный характер, т.е. показывать врачу, что он может назначить пациенту в рамках ПГГ, а что — нет. Важно, чтобы при разработке стандартов были четко прописаны цели их использования, соблюдались прозрачные методы и технологии разработки, содержание стандартов было обоснованным и достаточным по объему для быстрой ориентировки врача в постановке диагноза и выборе тактики лечения. В противном случае эти документы могут снизить качество медицинской помощи и принести вред пациенту. Экономисты с целью определения расчетной стоимости лечения заболеваний могут использовать стандарты медицинской помощи для производства более упрощенных документов (например, МЭС), но тогда эти документы уже не должны быть предназначены для врачей.

В целях установления ясности в применении терминов автор считает целесообразным документы, разрабатываемые в РФ профессиональными обществами в соответствии с общепринятой в развитых странах методологией, называть клиническими рекомендациями. Если же на основе клинических рекомендаций будут разработаны документы с учетом определенных экономических ограничений, то называть их «ограничительными стандартами медицинской помощи» или стандартами с учетом ограничений.

Соотношение клинических рекомендаций и ограничительных стандартов медицинской помощи

КР и ограничительные стандарты медицинской помощи должны иметь сходство в части критериев отбора перечня медицинских услуг, лекарственных препаратов и расходных материалов для диагностики и лечения определенных заболеваний. Среди этих критериев (рис. 30-п): доказанная терапевтическая эффективность медицинского вмешательства; доказанная безопасность медицинского вмешательства; доказанная экономическая эффективность медицинского вмешательства (там, где это возможно). Основные отличия клинических рекомендаций от ограничительных стандартов в том, что КР формируются без учета такого показателя, как обеспеченность финансовыми ресурсами, в то время как стандарты с учетом этого показателя должны содержать более ограниченный, чем КР, набор лечебных и диагностических вмешательств.

КР также содержат более подробную информацию, чем стандарты, по использованию лечебных и диагностических вмешательств (рис. 36, стр. 134 текста монографии). Например, в них представлены: подробный план лечения больного с определенным диагнозом, показания и противопоказания к проведению медицинских вмешательств, схемы лекарственной терапии. К рекомендациям также могут быть приложены справочник лекарственных средств (формуляр) и индикаторы для оценки качества медицинской помощи.

КР разрабатываются и утверждаются профессиональными медицинскими обществами, стандарты разрабатываются Минздравсоцразвития России или специальными комиссиями на основе клинических рекомендаций и с участием профессиональных медицинских обществ, а также всех заинтересованных сторон (медицинских сестер, пациентов, производителей фармацевтических препаратов и медицинской техники и др.). **Причем сначала определяется эффективность той или иной медицинской технологии по установленным критериям, а затем формируется сам стандарт.**

Направления использования КР и стандартов в здравоохранении подробно представлены на рис. 31-п. На основе качественных стандартов разрабатываются индикаторы (показатели) качества для оценки правильности лечения пациентов. Например, если стандарт рекомендует применение аспирина всем больным, страдающим ишемической болезнью сердца



Рис. 30-п. Критерии включения медицинских услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) в клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи

(ИБС), то индикатор качества будет определять, в каком проценте случаев врач назначил аспирин своим пациентам с ИБС. В идеале значение индикатора должно равняться 90–100%.

Нужны ли ограничительные стандарты в РФ

Следует отметить, что в развитых странах, где объем финансирования ПГГ за счет общественных средств значительно выше, чем в РФ, клинические рекомендации, разрабатываемые профессиональными обществами, являются основным критерием для оплаты медицинских вмешательств по ПГГ. Обычно, когда у страховой компании возникает вопрос о правомерности оплаты какого-либо дорогостоящего вмешательства, критерием

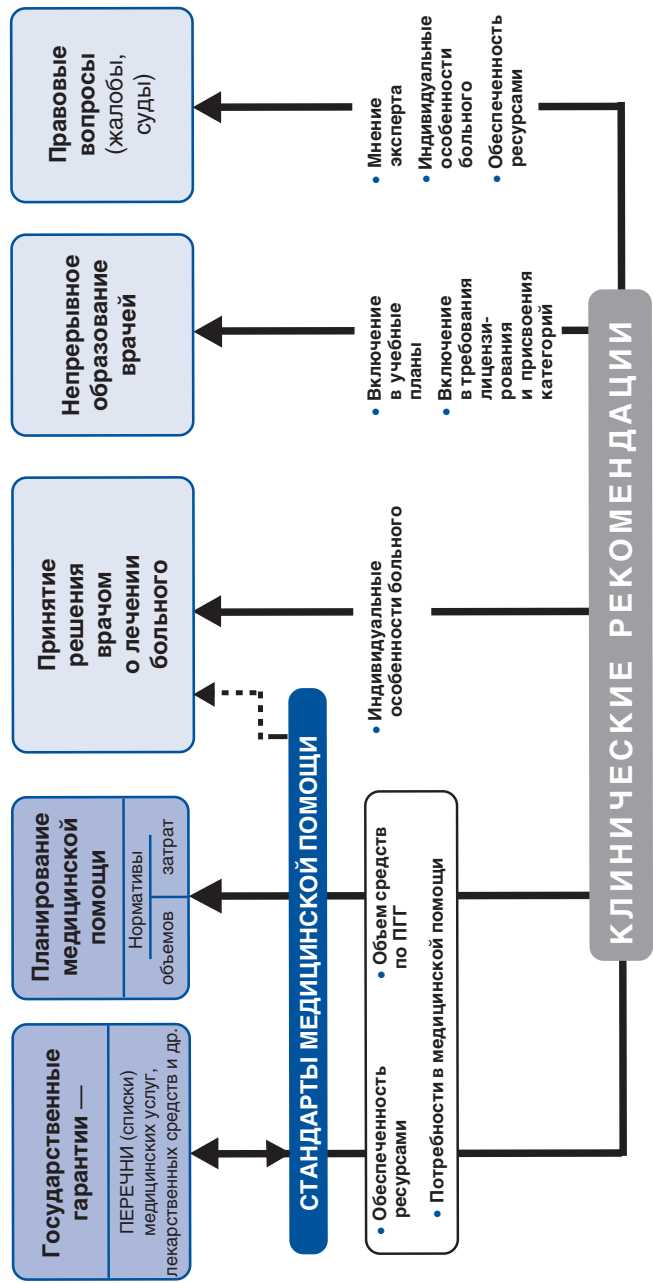


Рис. 31-п. Направления использования клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи

служит наличие этого вмешательства в клинических рекомендациях профессиональных медицинских обществ. В этих странах нет существенной необходимости разрабатывать ограничительные стандарты, хотя и наблюдается тенденция к использованию экономических ограничений при разработке клинических рекомендаций, например в Великобритании и Австралии (см. раздел 1).

Для Российской Федерации, в условиях недостаточного финансирования ПГГ, оплатить из государственных источников все современные и рекомендованные профессиональными медицинскими обществами вмешательства невозможно, поэтому стандарты медицинской помощи необходимо формировать с учетом ограничительных критериев (финансовая обеспеченность ПГГ, материально-техническое обеспечение ЛПУ, перечень лекарственных средств и медицинских услуг). Для повышения качества и доступности медицинской помощи по ПГГ в РФ необходимо поэтапно, по мере увеличения финансирования включать в эти стандарты эффективные медицинские технологии и ЛС.

Автор считает, что наиболее целесообразным было бы сегодня в РФ сосредоточиться не на разработке ограничительных стандартов медицинской помощи (этот процесс сложный и высокочатратный), а на формировании ограничительных перечней услуг и ЛС, которые будут гарантированы по ПГГ. Врачи, имея под рукой КР и ограничительные перечни, смогли бы наиболее правильно назначать ЛС и медицинские вмешательства пациентам.

Характер применения стандартов медицинской помощи в клинической практике (добровольный или обязательный)

Следует четко понимать, что **стандарты медицинской помощи всегда могут носить только рекомендательный характер по отношению к конкретному пациенту**. Это связано с тем, что **они содержат усредненный набор** медицинских вмешательств, эффективность которых при данном заболевании в лучшем случае доказана на больших группах пациентов (в рандомизированных клинических испытаниях), при отсутствии последних — на основе мнения ведущих экспертов. У конкретного пациента могут быть противопоказания к назначению того или иного вмешательства в связи с течением заболевания или индивидуальными характеристиками, которые в стандарте предусмотреть невозможно. Поэтому врачам рекомендуют следовать стандартам медицинской помощи, а в случае отклонения от них — объяснять причину.

В связи с этим нецелесообразно утверждать стандарты медицинской помощи на уровне Минздравсоцразвития России, тем более приказом министра, как это предусмотрено в ведомственном приказе № 410-н от 11 августа 2008 г. Требование жесткого исполнения стандартов и КР может привести к упрощенному применению медицинских технологий врачами (более подробно см. раздел 3.4.3, стр. 125).

Стандарты медицинской помощи как способ формирования ПГГ. Если стандарты носят ограничительный характер, т.е. в них включаются только определенные медицинские технологии, то они теоретически могут являться некоторым ориентиром для разграничения платных и бесплатных услуг по ПГГ. Как основной способ определения программы госгарантий этот способ неприемлем, так как требует значительных административных и финансовых ресурсов и времени для разработки стандартов по всем заболеваниям. Более того, разграничение в рамках одного заболевания платных и бесплатных услуг просто немыслимо с точки зрения управления этим процессом в МО и создаст дополнительные сложности их руководителям и практикующим врачам. Обновление и контроль за исполнением стандартов потребует гигантской работы административного аппарата и дополнительных расходов, которыми страна не располагает сегодня (см. раздел 6.3, стр. 300).

3. Предложения по формированию ПГГ в РФ

Учитывая важность ПГГ для улучшения качества медицинской помощи и здоровья населения ПГГ должна иметь статус закона. Программа должна охватывать все категории населения РФ. Цель закона — прозрачно и научно обоснованно определить пакет гарантированного объема медицинской помощи (услуг) населению РФ и гарантированные объемы его финансирования.

Принципы формирования ПГГ:

- солидарность (богатый платит за бедного, здоровый за больного);
- равенство (объем предоставляемых услуг по ПГГ должен быть одинаковым для всех категорий населения);
- справедливость (пакет государственных гарантий должен быть сформирован с учетом справедливого распределения ресурсов между всеми нуждающимися);

- научная обоснованность включенных медицинских услуг и прозрачность формирования ПГГ;
- финансовая обеспеченность, позволяющая оказывать медицинскую помощь в соответствии с современными стандартами и соответственно достигать качественных результатов.

Объемы финансирования — см. раздел 8, стр. 314.

Порядок формирования пакета ПГГ — предлагается использовать международный опыт и установить, что перечень медицинских услуг (комплексных медицинских технологий) и перечень ЛС формируются путем их комплексной оценки, и там, где это возможно, включая оценку стоимости года «качественной» жизни и установления порога этой стоимости. Далее, отобранные технологии могут быть включены в официальные Перечни медицинских услуг и ЛС и при необходимости в стандарты медицинской помощи по заболеваниям.

Для комплексной оценки медицинских технологий при формировании пакета гарантий необходимо создать специальный центр или постоянно действующую комиссию, в задачи которых будут входить организация процесса оценки медицинских технологий, разработка положений об оценке медицинских технологий и о порядке разработки перечней.

Процедура утверждения ПГГ. Ежегодно конкретные перечни услуг, перечни ЛС и стандарты утверждаются Минздравсоцразвития России в соответствии с общими положениями, изложенными в законе о ПГГ.

Порядок балансировки ПГГ с имеющимися финансовыми средствами — ежегодно должен утверждаться минимальный финансовый норматив ПГГ с учетом реальной инфляции и необходимости исполнения обязательств государства по субсидированию установленного пакета ПГГ. Каждое отдельное медицинское вмешательство, которое планируется субсидировать в рамках ПГГ, необходимо обсчитывать с учетом объема его потребления и установленной референтной (предельной) цены, в том числе и предельной цены на ЛС. Для этого в Минздравсоцразвития России (или ФОМС) должен быть создан планово-экономический отдел, в задачи которого будут входить прогнозные расчеты потребления гарантированных медицинских услуг, установление референтных цен и формирование предложений по минимальному финансовому нормативу на предстоящий год.

Выравнивание субъектов РФ можно осуществлять на основании минимального подушевого базового норматива и формулы выравнивания, которая учитывает пол, возраст застрахованных, а также смертность, заболеваемость и уровень потребительских цен в субъекте РФ.

Закон о ПГГ должен содержать информацию о способах оплаты за медицинскую помощь и общих принципах формирования тарифов на медицинские услуги.

В законе должны быть указаны учреждения, в которых могут оказываться услуги по ПГГ — предлагается включить в этот перечень МО всех форм собственности. Оплата услуг МО, работающих по ПГГ, будет происходить по единым установленным государственным тарифам (с учетом региональных коэффициентов). Отбор и оплата МО должны происходить с учетом качества оказанных ими услуг.

Оценка эффективности. Должен быть установлен обязательный перечень показателей оценки эффективности ПГГ, порядок предоставления отчетности по этому вопросу и определена ответственность за неисполнение установленных значений этих показателей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативно-правовые документы

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ // Статья 69.1 «Формы расходов бюджетов».
2. Закон Российской Федерации № 1499-1 от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». Бюджетное послание Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2010–2012 годах от 25 мая 2009 г.
3. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 3185-1 от 2 июля 1992 г.
4. Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» № 4180-1 от 22 декабря 1992 г.
5. Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» № 5142-1 от 9 июня 1993 г.
6. Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 декабря 2008 г. № 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».
7. Конституция РФ // Статья 41 от 12 декабря 1993 г.
8. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.
10. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 г. № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией».

12. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».
13. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913 (Д) «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».
14. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 августа 2009 г. № 654 «О совершенствовании государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства».
15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».
16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи».
17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2005 г. № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».
18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».
19. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 282 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового».
20. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового».
21. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 мая 2007 г. № 324 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке».
22. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 29 июня 2009 г. № 377 «О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи».
23. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения и его развитие. Министерство здравоохранения и социального развития российской Федерации. — М., 2007.

24. Программа антикризисных мер Правительства Российской Федерации на 2009 год от 19 июня 2009 г.

25. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 февраля 2008 г. № 170-р «Об утверждении Плана мероприятий по реализации в 2008–2010 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

26. Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

27. Федеральный закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

28. Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах».

29. Федеральный закон Российской Федерации от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

30. Федеральный закон Российской Федерации от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничений полномочий».

31. Федеральный закон Российской Федерации от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

32. Болевые точки // Электрон. дан. — Медвестник. — № 16–17 (485–486). — М., 2009. — Режим доступа: <http://medvestnik.ru/archive/2009/16/2239.html>

Росстат (сборники и справочники)

33. Демографический ежегодник России. 2005: статистический сборник. — М.: Росстат, 2005. — 595 с.

34. Демографический ежегодник России. 2007: статистический сборник. — М.: Росстат, 2007. — 551 с.

35. Демографический ежегодник России. 2008: статистический сборник. — М.: Росстат, 2008. — 557 с.

36. Здоровоохранение в России. 2001: статистический сборник / Госкомстат России. — М., 2001. — 356 с.

37. Здоровоохранение в России. 2005: статистический сборник. — М.: Росстат, 2006. — 390 с.

38. Здоровоохранение в России. 2007: статистический сборник. — М.: Росстат, 2007. — 355 с.

39. Международные сопоставления валового внутреннего продукта за 2005 год: статистический сборник / Росстат. — М., 2008. — 237 с.
40. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2025 года: статистический бюллетень. — М.: Росстат, 2008. — 235 с.
41. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года: статистический бюллетень. — М.: Федеральная служба государственной статистики, 2009. — 235 с.
42. Российский статистический ежегодник. 2004: статистический сборник. — М.: Росстат, 2004. — 725 с.
43. Российский статистический ежегодник. 2007: статистический сборник. — М.: Росстат, 2007. — 826 с.
44. Российский статистический ежегодник. 2008: статистический сборник. — М.: Росстат, 2008. — 847 с.
45. Россия. 2009: статистический справочник. — М.: Росстат, 2009. — 57 с.
46. Россия в цифрах. 2006: Краткий статистический сборник. — М.: Росстат, 2006. — 262 с.
47. Россия и страны мира. 2008: статистический сборник. — М.: Росстат, 2008. — 361 с.
48. Статистическое обозрение. 2009 / под ред. В.Л. Соколина // Журнал Федеральной службы государственной политики. — 2009. — № 1 (68). — 146 с.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ (сборники и доклады)

49. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2006. — 139 с.
50. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2006. — 99 с.
51. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2007. — 104 с.
52. Доклад заместителя министра Хальфина Р.А. О перспективах реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. — Самара, 2007. — 15 с.
53. Доклад о реализации государственной политики в области охраны труда в Российской Федерации в 2008 году / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2009. — 43 с.
54. Доклад о состоянии и тенденциях демографического развития Российской Федерации. Реализация Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года. — М.: Права человека, 2004. — 44 с.

55. Заболеваемость населения России в 2005 году (часть I): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2006. — 121 с.
56. Заболеваемость населения России в 2005 году (часть II): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2006. — 172 с.
57. Заболеваемость населения России в 2005 году (часть III): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2006. — 129 с.
58. Заболеваемость населения России в 2006 году (часть I): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2007. — 120 с.
59. Заболеваемость населения России в 2006 году (часть II): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2007. — 170 с.
60. Заболеваемость населения России в 2006 году (часть III): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2007. — 128 с.
61. Заболеваемость населения России в 2007 году (часть I): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2008. — 120 с.
62. Заболеваемость населения России в 2007 году (часть II): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2008. — 169 с.
63. Заболеваемость населения России в 2007 году (часть III): статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. — М., 2008. — 106 с.
64. Итоги реализации в 2006 году приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и его особенности в 2007 году / Е.П. Какорина. — М., 2007. — 28 с.
65. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2005 год: статистические материалы. — М., 2006. — 176 с.
66. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2006 год: статистические материалы. — М., 2007. — 169 с.
67. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2007 год: статистические материалы. — М., 2008. — 178 с.
68. О предварительных итогах реализации ПНП «Здоровье» в 2006–2007 годах, мероприятиях и параметрах проекта и демографической политики в 2008 году, а также направлениях работы на долгосрочную перспективу / Т.А. Голикова. — М., 2007. — 10 с.

69. Об итогах работы министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2005 году и задачах на 2006 год в свете реализации программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы). – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – М., 2006. – 139 с.

70. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2006. – 86 с.

71. Основные показатели здравоохранения Самарской области 2003–2007 гг.: справочник / под ред. В.П. Куличенко. – Самара: СОМИАЦ, 2008. – 216 с.

72. Оценка качества организации медицинской помощи в Самарской области: Результаты исследования мнения медицинских работников / под ред. М.В. Чуракова, Я.В. Власова и др. – Самара, 2008. – 32 с.

73. Приоритетные Национальные Проекты. Сбережение народа зависит от вас! // Представителям законодательных и исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 61 с.

74. Показатели медицинской статистики в свете реформирования системы здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – № 5. – С. 31–35. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php>

75. Социально-значимые заболевания населения России в 2005 году: статистические материалы / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – М., 2006. – 67 с.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)

76. ФОМС. Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2008 год // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2009. – № 1. – С. 42–65.

77. ФОМС. Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации 2007–2008. Габуева Л.А. // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2009. – № 2. – С. 6–19.

78. ФОМС. Оценка степени рациональности использования средств бюджета, направленных фондами ОМС на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг в 2006 году, посредством проведения клинико-фармакологического анализа обоснованности назначения фармакотерапии отдельным категориям граждан: методические рекомендации // ФОМС, РК № 01200712637. – М., 2007.

79. ФОМС. Оценка степени эффективности использования средств бюджета, направленных фондами ОМС на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде

набора социальных услуг в 2006 году, посредством проведения ABC, VEN и частотного анализа потребления отдельными категориями граждан лекарственных средств: методические рекомендации // ФОМС, РК № 01200712636. — М., 2007.

ВОЗ (статьи и публикации)

80. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2007 г. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке. — Женева: ВОЗ, 2007. — 72 с.

81. Здравоохранение в Федеративной Республике Германии: Факты, проблемы и предлагаемые реформы / под ред. А. Мере-Функа. — Режим доступа: <http://www.bmgesundheit.de>

82. Сегодня актуальнее, чем когда-либо: первичная медико-санитарная помощь/ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. — Женева: ВОЗ, 2008. — 125 с.

83. Системы здравоохранения: время перемен. Чешская республика / под ред. Й. Шрейёгг, Р. Буссе. — Т. 2. — № 1. — Копенгаген, 2005. — 92 с.

84. Системы здравоохранения: время перемен. Германия / Р. Буссе, А. Разберг. — Копенгаген, ВОЗ, 2004. — 232 с.

85. Системы здравоохранения: время перемен. Испания: реферат обзора. Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Копенгаген, ВОЗ. — 2002. — 11 с.

86. Системы здравоохранения: время перемен: Нидерланды / Р. Буссе, А. Разберг. — Копенгаген, ВОЗ, 2004. — № 6. — 141 с.

87. Системы здравоохранения в переходный период: Соединенное Королевство. — Копенгаген, ВОЗ, 1999. — 117 с.

88. Системы здравоохранения: время перемен: Франция / С. Сандерс и др. — Копенгаген, ВОЗ, 2004. — Т. 6. — № 2. — 137 с.

89. Системы здравоохранения: время перемен. Эстония/ М. Ессе [и др.]; под ред. С. Томсон. — Копенгаген, ВОЗ, 2004. — 136 с.

90. A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century. — WHO: Geneva, 2007. — 72 p.

91. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно? / Краткий аналитический обзор. — Копенгаген: ВОЗ, 2008. — 34 с.

92. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими? / Краткий аналитический обзор. — Копенгаген: ВОЗ, 2008. — 32 с.

93. Analysis of Health System in Cuba. — Женева, ВОЗ, 2008. — 41 p.

94. Snapshots of Health Systems: The state of affairs in 16 countries in summer 2004. — WHO: on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. — Copenhagen, 2004. — 62 p.

95. Health Care in France and Germany / D.G. Green, B. Irvine. — 2000. — 110 p.

96. Health care systems in transition: Canada / G.P. Marchildon / Ed. S. Allin, E. Mossialos. — Copenhagen, WHO, 2005. — Vol. 7. — No. 3. — 156 p.
97. Health care systems in transition: Denmark / M. Strandberg, Larsen et al. / Ed. E. Mossialos. — Copenhagen, WHO, 2007. — Vol. 9. — No. 7. — 162 p.
98. Health care systems in transition: Norway / J.R. Johnsen / Ed. V. Bankauskaite. — Copenhagen, WHO, 2002. — Vol. 8. — No. 1. — 167 p.
99. Health care systems in transition: Poland / K. Kuszewski, C. Gericke. Ed. C. Gericke, R. Busse. — Copenhagen, WHO, 2005. — Vol. 7. — No. 5. — 106 p.
100. Health care systems in transition: Turkey / B. Serdar Savas et al. Eds. S. Thomson, E. Mossialos. — Copenhagen, WHO, 2002. — 108 p.
101. The concept of essential drugs and the WHO Model List of Essential Medicines. — Geneva, 2003. — 27 p.
102. Human resources for health in Europe / Eds. Carl Ardy Dubois et al. — WHO: Open University Press, 2006. — 249 p.
103. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации? / Краткий аналитический обзор. — Копенгаген: ВОЗ, 2008. — 32 с.
104. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. — 2nd ed. — WHO, 2008. — 293 p.
105. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. — Geneva, WHO, 2005. — 128 p.
106. Regulating and licensing of physicians in the WHO European Region / A. Rowe. — Copenhagen: WHO, 2005. — 155 p.
107. A background for national quality policies in health systems. — WHO, 2002. — 54 p.
108. WHO. The Role of the Private Sector and Privatization in European Health Systems: Regional Committee for Europe 52 session. — Copenhagen: WHO, September, 2002.— 10 p.
109. WHO Model List of Essential Medicines. — 15th list, March 2007. — 27 p.
110. World Health Statistics 2008. — Geneva, WHO, 2008. — 110 p.

Национальная служба здравоохранения (NHS, Великобритания), публикации

111. Health Care in the United Kingdom. — Washington, D.C.: NHS, 2005.
112. Healthcare Output and Productivity: Accounting for Quality Change / A Paper by Department of Health. — NHS: London, 2005. — 74 p.
113. Health Survey for England 2004 — updating of trend tables to include 2004 data. — London, 2005. — 10 p.
114. Implementing NICE Guidance: a Practical Handbook for Professionals // NHS: National Prescribing Centre. — London: Radcliffe Medical Press, 2001. — 142 p.

115. Health strategy and implementation activities in England / Report in the framework of the eHealth project. — London, 2007. — 32 p.
116. The NHS in England 2003/04: a pocket guide. — London: NHS Confederation, 2003. — 151 p.
117. National Stroke Strategy // NHS: Department of Health. — London: Crown Copyright, 2007. — 80 p.
118. United Bristol Healthcare NHS Trust: Outline Research Strategy 2006–2011. — London, 2006.
119. The Health Service Branded Medicines (Control of Prices and Supply of Information) / NHS, England and Wales / NHS, Scotland / Health and Personal Social Services, Northern Ireland. — London, 2008. — No. 1938.
120. The National Programme for IT in the NHS / Department of Health. — Session 2005–2006. — NHS: London, 2006. — 57 p.
121. The National Service Framework for Renal Services. Second Progress Report. — Department of Health. — NHS: London, 2007. — 13 p.
122. The NHS Cancer Plan: A plan for investment. A plan for reform. — NHS: London, 2000. — 97 p.
123. The NHS improvement Plan: putting people at the Heart of Public Services. — NHS: Norwich, 2004. — 80 p.
124. Putting People at the Heart of Public Services / The NHS Improvement Plan. — NHS: London, 2004. — 80 p.

ОЭСР (OECD), статьи и публикации

125. OECD. Improved Health System Performance through Better Care Coordination // OECD Health Working Paper. — 2007. — №. 30. — 85 p.
126. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion // International Journal for Quality in Health Care. — 2006. — P. 21–25.
127. OECD. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden // OECD Health Working Papers. — 2007. — № 28. — 66 p.
128. OECD in Figures 2008: OECD Observer. — Paris, 2008. — 92 p.
129. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. — Paris: OECD Publishing, WHO, 2006. — 192 p.
130. OECD. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland // OECD Health Working Papers. — 2007. — №. 27. — 60 p.

Отдельные издания и статьи

131. Андреева О.В., Флек В.О и др. Аудит эффективности государственных ресурсов в здравоохранении в РФ. Анализ и результат / Под ред. В.П. Горегляда. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 240 с.

132. Баранов А.А. и др. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник Российской Академии наук. — 2009. — № 5. — С. 25–49.
133. Борисов А.Б. Большой экономический словарь. — М.: Книжный мир, 2003. — 895 с.
134. Вишневский А.Г., Бобылев С.Н. Россия перед лицом демографических взрывов. Проект доклада о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации / под ред. А.Г. Вишневского. — М., 2008. — 257 с.
135. ВРОС. Второй Всероссийский Съезд работников медицинской промышленности // Всероссийский информационно-аналитический журнал «Здоровье нации: новая стратегия». — 2008. — № 2 — С. 8–11.
136. Всемирный банк. Dying Too Young: Addressing Premature Mortality and Ill Health Due to Non Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. — Europe and Central Asia Human Development Department / The World Bank. — 2005. — 147 p.
137. Всемирный банк. Реформирование системы здравоохранения Российской Федерации в целях улучшения состояния здоровья населения. Основные задачи на 2008 год и последующий период. — М.: Всемирный банк, Департамент социальных программ. — 26 с.
138. ВЦИОМ. Оценка удовлетворенности населением качества медицинских услуг, оказываемых гражданам Российской Федерации в рамках Базовой программы обязательного медицинского страхования. Отчет по результатам общероссийского опроса населения. — М.: ВЦИОМ, 2006. — 117 с.
139. Вязников В.Е. Повышение эффективности больничных учреждений в связи с задачами реформирования здравоохранения РФ. — М.: Дело, 2006. — 160 с.
140. Вязников В.Е., Бояджян В.А. Пути повышения эффективности медицинской и экономической деятельности больничных учреждений на примере Иркутской области и Усть-Ордынского Бурятского автономного округа. — Иркутск: РИО НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2003. — 78 с.
141. Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 532 с.
142. ГУ-ВШЭ. Модернизация российского здравоохранения: 2008–2020 годы. К IX Международной научной конференции «Модернизация экономики и глобализация» / В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин. — М.: ГУ-ВШЭ, 2008. — 24 с.
143. Заславский А.Ю. и др. Молитва врача. Личность врача сквозь призму профессии: Сборник статей. — Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2009. — 160 с.
144. Измеров Н.Ф. Охрана здоровья рабочих и профилактика профессиональных заболеваний на современном этапе // Медицина труда и промышленная экология. — 2002. — № 1.
145. Ковалевский М.А., Найговзина Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. — 451 с.

146. Колоснищина М.Г., Шейман И.М. и др. Экономика здравоохранения: учеб. пособие / под ред. М.Г. Колосничиной и др. — М.: ГУ ВШЭ, 2008. — 479 с.
147. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 512 с.
148. Мантуров Д. Безопасность здоровья граждан для нас на первом месте. — Электрон. дан. — Министерство промышленности и торговли Российской Федерации. — М., 2009. — Режим доступа: www.minprom.gov.ru
149. Минобрнауки России. Индикаторы науки: 2009: статистический сборник. — М.: ГУ ВШЭ, 2009. — 352 с.
150. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. — Европейская обсерватория по системам здравоохранения: пер. с англ. — М.: Весь Мир, 2002. — 352 с.
151. Найговзина Н.Б., Сайткулов К.И., Улумбекова Г.Э. Стандарты медицинской помощи: характеристики, сравнительный анализ, целевые функции // Проблемы управления здравоохранением. — 2004. — № 2. — С. 70–74.
152. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации / под ред. В.В. Власова, К.Д. Данишевского и др. Общество специалистов доказательной медицины. — Электрон. дан. — ММА им. И. Сеченова. — Режим доступа: <http://www.openmed.ru/files/OSDM-report0712.doc>
153. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. — М.: Либроком, 2009. — 320 с.
154. Нигматулин Б.И., Нигматулин Р.И. Тринадцать теорем: как выходить из кризиса в России // Московский комсомолец. — 2009. — 28 авг.
155. Общественная палата РФ. Итоги деятельности Комиссии Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения 2006–2007 гг. — М.: МЦФЭР, 2008. — 248 с.
156. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 216 с.
157. Планы ведения больных / под ред. Е.И. Полубенцевой, О.Ю. Атькова, О.В. Андреевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 528 с.
158. Покровский отбор. Фармрынок ждет от государства кредитов // Время новостей online. — 2009. — № 158 (сент.). — Режим доступа: <http://www.vremya.ru> XX. Причины неудовлетворенности населения возможностями получения медицинской помощи (на материалах опроса в Липецкой области). Интернет-конференция. Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности / Федеральный образовательный портал: Экономика, Социология, Менеджмент. — Электрон. дан. — 2007. — Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/307662/print.html>
159. Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2007. — 495 с. — (Библиотека словарей «ИНФРА-М»).

160. РАМН. Прогноз развития медицинской науки на период до 2025 года / Российская академия медицинских наук. — М.: М-Вести, 2007. — 95 с.
161. РМЭЗ. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения. — М.: ГУ ВШЭ, 2005.
162. Росздравнадзор: Росздравнадзором подведены первые итоги мониторинга цен на лекарственные средства в амбулаторном сегменте Фармацевтического рынка. Электрон. дан. — Информационная лента Росздравнадзора. — 2009 — Июнь. — <http://rznrf.ru>
163. *Стародубов В.И., Флек В.О. и др.* Использование системы счетов в здравоохранении / под ред. В.И. Стародубова. — М.: МЦФЭР, 2007. — 320 с.
164. Счетная палата Российской Федерации: Отчет о результатах комплексной проверки исполнения федерального закона о замене льгот денежными компенсациями на федеральном и региональном уровнях в I квартале 2005 г. / В.П. Горегляд. — 2005. — 44 с.
165. *Уварова Е.В.* Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5. — 57 с.
166. *Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение США: Перспективы развития и уроки для России // Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 7. — С. 49–59.
167. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссиалоса, А. Диксон, Ж. Фигераса, Д. Кутцина. — Европейская обсерватория по системам здравоохранения: пер. с англ. — М.: Весь Мир, 2002. — 352 с.
168. *Цыб А.Ф.* Демографическая ситуация в современной России: проблемы и перспективы. — М.: Тривант, 2009. — 523 с.
169. *Шейман И.М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. — М.: ГУ ВШЭ, 2007. — 318 с.
170. *Шейман И.М., Шишкин С.В.* Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: доклад Государственного университета — Высшей школы экономики. — М., 2009. — 65 с.
171. *Шишкин С.В.* Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи. Доклад для обсуждения на заседании Ученого совета Института экономики переходного периода 18 марта 2003 г. — М., 2009. — 30 с.
172. *Шишкин С.В. и др.* Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. — Независимый институт социальной политики. — М., 2007. — 52 с.
173. *Шишкин С.В.* Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность — М.: Независимый институт социальной политики. 2008. — 288 с.
174. AMA. Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries / American College of Physicians // Annals of Internal Medicine. — 2008. — Vol. 148. — No. 1. — P. 21.
175. AMA. Chung J., Kaleba E., Wozniak G. Physician Consortium for Performance Improvement / Work Group on Efficiency and Cost of Care / A Framework for Measuring

Healthcare Efficiency and Value. — American Medical Association. — August, 2008. — P. 19.

176. AMA. Continued Progress: Hospital Use of Information Technology. — American Hospital Association. — 2007. — 20 p.

177. *Anand S., Bornighausen T.* Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis // *The Lancet*. — 2007. — Vol. 369. — Issue 9569. — P. 1277–1285.

178. *Anand S., Bornighausen T.* Human resources and health outcomes: crosscountry econometric study // *The Lancet*. — 2004. — Vol. 364. — Issue 9445. — P. 1603–1609.

179. *Anand S., Fan V.Y. et al.* China's human resources for health: quantity, quality, and distribution // *The Lancet*. — 2008, October. — P. 60–67.

180. *Arah O.A. et al.* Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement // *International Journal for Quality in Health Care*. — 2003. — Vol. 15. — № 5. — P. 377–398.

181. *Arah O.A. et al.* A conceptual frameworks for the OECD Health Care Quality Indicators Project // *International Journal for Quality in Health Care*. — September, 2006. — Suppl. 18. — P. 5–13.

182. *Beaty L.* Understanding Diagnostic Related Groups (DRGs) and Inpatient Hospital Reimbursement // *Memorial Hermann Southwest Hospital*. — March, 2005. — P. 363–368.

183. *Bernstein J.* Topics in Medical Economics: Health Care Rationing // *JBJS*. — 2006. — Vol. 88. — P. 2527–2532.

184. *Berzas E.A.* Slides: Major Characteristics of U.S. Health Care Delivery. — Department of Health Services. — London, 2004. — 351 p.

185. *Bobak M., Gilmore A., McKee M., Rose R. et al.* Changes in smoking prevalence in Russia, 1996–2004 // *Tobacco Control*. — 2006. — Vol. 15. — P. 131–135.

186. *Bodenheimer T.* High and Rising Health Care Costs. Part 3: The Role of Health.

187. Care Providers // *Annals of Internal Medicine*. — 2005. — Vol. 142. — No. 12. — P. 996–1000.

188. *Bodenheimer T.* Health Policy Report: The Oregon Health Plan. Lessons for the Nation. Two Parts // *NEJM*. — 1997. — Vol. 337. — № 10. — P. 720–723.

189. *Bowling A.* Health care rationing: the public's debate // *BMJ*. — 1996. — Vol. 312. — P. 6.

190. *Breyer F.* Reimbursement and Cost Containment: A German Perspective // *Pharmacoeconomics*. — 2002. — Vol. 20. — No. 3. — P. 87–94.

191. *Busse R. et al.* Variability in Healthcare Treatment Costs amongst Nine EU Countries — Results from the Healthbasket Project // *Health Economics*. — 2008. — Vol. 17. — P. s1–s8.

192. *Busse R., Dixon A., Mossialos E. et al.* Health care systems in eight countries: trends and challenges / London, 2002. — 122 p.

193. *Buse K., Mays N., Walt G.* Making Health Policy. — Oxford: Open University Press, 2005. — 206 p.

194. *Cameron A., Ewen M. et al.* Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle income countries: a secondary analysis // *The Lancet*. – December, 2008. – 22 p.
195. *Campbell S.M., Roland M.O., Buetow S.A.* Defining quality of care // *Social Science & Medicine*. – 2000. – № 51. – P. 1611–1625.
196. CBO. Evidence on the Costs and Benefits of Health Information Technology / A CBO paper. – The Congress of the United States, 2008. – 37 p.
197. *Chaudhry B., Wang J. et al.* Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care // *Annals of Internal Medicine*. – 2006. – Vol. 144. – P. 742–752.
198. *Chen Z.* Biomedical science and technology in China // *The Lancet*. – October, 2008. – P. 35.
199. *Coulomb A.* Quality at the heart of the health system «In the race for quality, you never reach the finish line» // *ANAES Annual Report*. – 2002. – 15 p.
200. *Davis N., Davis D., Bloch R.* Continuing medical education: AMEE Education Guide No. 35 // *Medical Teacher*. – 2008. – Vol. 30. – P. 652–666.
201. *Dong Z., Phillips M.R.* Evolution of China's health care system // *The Lancet*. – October, 2008. – P. 6–7.
202. Health strategy and implementation activities in the Czech republic // Report in the framework of the eHealth project. – June, 2007. – 16 p.
203. *Eberly T., Mikow A., O'Brien J., Tucker S.* Efforts to Expand Coverage to the Uninsured: Program Design Challenges and Tradeoffs in Six States / Center for Health Program Development and Management. – March, 2007. – 69 p.
204. *Figueras J., Robinson R., Jakubowski E.* Purchasing to improve health systems performance // *European Observatory on Health and Policies Series*. – Oxford: Open University Press, 2005. – 298 p.
205. *Freemantle N., Nazareth I., Eccles M. et al.* A randomised controlled trial of the effect of educational outreach by community pharmacists on prescribing in UK general practice // *British Journal of General Practice*. – 2002. – Vol. 52. – P. 290–295.
206. Ensuring quality long-term care for older people // *OECD Observer: Policy Brief*. – Paris, 2005.
207. *Fijalka S., Fye D., Johnson P.E.* Current issues in pharmaceutical reimbursement // *Am. J. Health Syst Pharm*. – January, 2008. – Vol. 65. – S. 11–26.
208. Funding health care: options for Europe // *European Observatory on Health Care Systems. Policy brief № 4*. – Oxford: Open University Press, 2002. – 16 p.
209. *Garrido T. et al.* Information in practice: Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional study // *BMJ*. – March, 2005. – Vol. 330. – P. 581.
210. *Ginsburg J.A., Doherty R.B. et al.* Achieving a High Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries // *Annals of Internal Medicine*. – 2008. – Vol. 148. – № 1. – 21 p.

211. *Gottret P., Schieber G.J., Waters H.R.* Good practices in health financing: Lessons from reforms in low and middle income countries. — Электрон. дан. — Copenhagen: The World Bank, 2008. — Режим доступа: http://www.who.int/pmnch/topics/economics/2008_goodpracticesinhf/en/index.html

212. *Greenberg L.* Efficiency in Health Care: What Does it Mean? How is it Measured? How Can it be Used for Value Based Purchasing? / Highlights from A National Conference Cosponsored by The Agency for Healthcare Research and Quality, and The Employer Health Care Alliance Cooperative (The Alliance). — May 23–24, 2006. — 21 p.

213. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health* / U.S. Department of Health and Human Services. — Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000. — 62 p.

214. *Henriksen K.* Envisioning Patient Safety in the Year 2025: Eight Perspectives. — Chicago, 2008. — 15 p.

215. *Hoedemaekers R., Oortwijn W.* Problematic Notions in Dutch Health Care Package Decisions // *Health Care Analysis*. — 2003. — Vol. 11. — № 4. — P. 287–294.

216. *Hostetter M. et al.* On the Front Lines of Care: Primary Care Doctor's Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries. — November, 2006. — Vol. 57. — 35 p.

217. *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations* / Ed. C.H. Tuohy, C.M. Flood, M. Stabile // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. — 2004. — Vol. 29. — № 3. — P. 359–361.

218. *Hu S., Tang S. et al.* Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities // *The Lancet*. — October, 2008. — P. 68–75.

219. *Jacobs P., Rapoport J.* The Economics of Health and Medical Care. — Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2004. — 438 p.

220. *Kush R.D. et al.* Electronic Health Records, Medical Research, and the Tower of Babel // *The New England Journal of Medicine*. — 2008. — № 358. — Vol. 16. — P. 1738–1740.

221. *Leatherman S., Sutherland K.* The Quest for Quality in the NHS // *A chartbook on quality of care in the UK*. — Radcliffe Publishing, Oxford, Seattle: The Nuffield Trust, 2005. — 183 p.

222. *Liu Y., Rao K. et al.* China's health system performance // *The Lancet*. — October, 2008. — P. 76–85.

223. *Management Sciences for Health: International Drug Price Indicator Guide* / Ed. J.E. Frye. — Cambridge, 2008. — 350 p.

224. *Macarthur D.* Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in the United Kingdom // *HEPAC*. — 2000. — № 1. — P. 47–55.

225. *Magnussen L., Ehiri J., Jolly P.* Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy // *Health Affairs Journal*. — June, 2004. — Vol. 23. — No. 3. — P. 167–176.

226. *McAvoy B.* Models of Primary Health Care: The U.K. Experience // *New Doctor*. — Issue 74. — 2000–2001. — 6 p.

227. *McKee M., Edwards N., Atun R.* Public – private partnerships for hospitals // *Bulletin of the WHO*. — 2006. — Vol. 84. — P. 890–720.

228. *McKee M., Healy J.* Hospitals in a Changing Europe. – Buckingham, 2002. – 295 p.
229. *Milgate K., Cheng S.B.* Pay For Performance: The MedPAC Perspective // *Health Affairs*. – 2007. – Vol. 25. – No. 2. – P. 413–421.
230. *Mossialos E., Mrazek M., Walley T.* Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. – WHO: Oxford, 2004. – 368 p.
231. *Mossialos E., Saltman R.B., Busse R.* Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. – WHO: Philadelphia, 2002. – 240 p.
232. *Mossialos E., Thomson S.* Voluntary health insurance in the European Union // *European Observatory on Health Systems and Policies*. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 206 p.
233. *Murray C.J.L., Govindaraj R., Musgrove P.* National health expenditures: aglobal analysis // *Bulletin of the WHO*. 1994. – Vol. 72. – P. 623–637.
234. *Muriel R.* Medicare Coverage for Technological Innovations – Time for New Criteria? // *The New England Journal of Medicine*. – 2004. – Vol. 350. – № 21. – P. 2199–2203.
235. *Murray C.J.L., Frenk J.* A framework for assessing the performance of health systems. Theme Papers // *Bulletin of the World Health Organization*. – WHO, 2000. – Vol. 78. – P. 717–724.
236. *National Healthcare Quality Report*. – U.S. Department of Health and Human Services. – AHRQ Publication, No. 080040. – February, 2008. – 136 p.
237. *Niessen L.W., Grijseels Els W.M., Rutten Frans F.H.* The evidence based approach in health policy and health care delivery // *Social Science & Medicine*. – 2000. – № 51. – P. 859–869.
238. *Nolin J., Killackey J.* Redirecting Health Care Spending: Consumer Directed Health Care // *Nursing Economic*. – 2004. – Vol. 22. – No. 5. – P. 251–253; 257.
239. *Norheim O.F.* Healthcare rationing – are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? // *BMJ*. – 1999. – Vol. 319. – P. 1426–1429.
240. *Peck C. et al.* Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons // *BMJ*. – 2000. – Vol. 320. – P. 432–435.
241. *Phillips C.J.* Health Economics: an introduction for health professionals. – UK: Blackwell Publishing Ltd., 2005. – 151 p.
242. *Phurrough S., Richardson S., Schott L.* Decision Memo for Acupuncture for Osteoarthritis (CAG 00175N) / Medicare Coverage database. – October, 2003.
243. *Polikowski M., Santos-Eggimann B.* How comprehensive are the basic packages of health services? An international comparison of six health insurance systems // *Journal Health Serv Res Policy*. – 2002. – Vol. 7. – No. 3. – P. 133–142.
244. *Policy Options for Health Insurance and Long-term Care Insurance* / Y. Iwamoto, T. Fukui et al. ESRI Collaboration Projects 2004. – Macroeconomic Issues. – March, 2005. – 17 p.

245. Primary Health Care: Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change – Toronto, 2005. – 40 p.
246. Primary Health Care Research, Evaluation and Development Strategy. – Phase 2 (2006–2009). Strategic Plan. – December, 2005. – 10 p.
247. Pullen C., Edwards J.B. et al. A Comprehensive Primary Health Care Delivery Model // Journal of Professional Nursing. – 1994. – Vol. 10. – № 4. – P. 201–208.
248. Redwood H. Why Ration Health Care. – London, 2000. – 134 p.
249. Russell L.B. Prevention and Medicare Costs // The New England Journal of Medicine. – 1998. – Vol. 339. – No. 16. – P. 1158–1160.
250. Saltman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. Decentralization in Health Care // Strategies and outcomes. – Oxford: Open University Press, 2007. – 298 p.
251. Savedoff W.D. What Should A Country Spend On Health Care? // Health Affairs Journal. – 2007. – Vol. 26. – No. 4. – P. 962–965.
252. Scrivens E. Accreditation and the regulation of quality in health services. – P. 91–104.
253. Sean R. Why Medicare Has Not Established Criteria for Coverage Decisions // The New England Journal of Medicine. – 2004. – Vol. 350. – No. 21. – P. 2196–2198.
254. Seddon M., Feek C. Rationing health care in New Zealand: Explicit rationing needs more debate // BMJ. – 1999. – Vol. 319. – P. 708.
255. Shi L. et al. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US countries: a comparison between urban and non-urban areas // Public Health. – 2005. – № 119. – P. 699–710.
256. Shishkin S.V., Vlassov V.V. Russia's long struggle to come in from the cold // BMJ. – 2009. – Vol. 339. – P. 141–143.
257. Singer P.A. et al. Priority setting for new technologies in medicine: qualitative case study // BMJ. – 2000. – Vol. 321. – P. 1316–1319.
258. Schmidt H. et al. What can we learn from German health incentive schemes? // BMJ. – 2009. – Vol. 339. – P. 725–728.
259. Smith S., Sinclair D., Raine R., Reeves B. Health Care Evaluation. – England: Open University Press, 2005. – 208 p.
260. Sorenson C. et al. Ensuring value for money in health care: The role of health technology assessment in the European Union. – Copenhagen, 2008. – 156 p.
261. Starfield B. et al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. – Baltimore: Blackwell Publishing, 2005. – Vol. 83. – No. 3. – P. 457–502.
262. Starfield B. Insurance and the U.S. Health Care System // The New England Journal of Medicine. – 2005. – Vol. 353. – No. 4. – P. 418–419.
263. Starfield B. New paradigms for quality in primary care // British Journal of General Practice. – 2001. – Vol. 51. – P. 303–309.
264. Stroetmann K.A., Lilischkis S. Health strategy and implementation activities in German / Report in the framework of the Health ERA project. – June, 2007. – 41 p.

265. Systematic Review of Comprehensive Primary Health Care Models / J. McDonald et al. — The Australian national University, 2006. — 99 p.

266. *Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I.* Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблема и перспективы: справочный документ (Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения «Системы здравоохранения — Здоровье — Благополучие», Таллин, Эстония, 25–27 июня 2008 года). — Копенгаген, 2008. — 22 с.

267. *Suhrcke M., Rocco L. et al.* Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации. — Копенгаген: ВОЗ / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. — 83 с.

268. *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития Восточной Европы и Центральной Азии. — Копенгаген: ВОЗ / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2008. — 274 с.

269. *Widdus R.* Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions // Bulletin of the WHO. — 2001. — Vol. 79. — P. 713–720.

270. *Tamsma N.* Contours of the Basic Health Care Benefit Package. — Netherlands, The Health Council of the Netherlands. — February, 2003. — No. 2003/02E. — 106 p.

271. *Tamsma N.* Quality in and Equality of Access to Healthcare Services // Country Report for the Netherlands. — Bilthoven, 2008. — 161 p.

272. *Tang S., Meng Q. et al.* Tackling the challenges to health equity in China // The Lancet. — October, 2008. — P. 25–33.

273. The Facts On Public Private Partnerships for Health Care. — Электрон. дан. — November, 2001. — Режим доступа: <http://cupe.ca/HealthCareP3/BE4588>

274. The Health Care Workforce in Europe: Learning from experience / Ed. Rechel B., C. Dubois, M. McKee Trowbridge. — The Cromwell Press, 2006. — 149 p.

275. *Thorpe K.E., Ogden L.* Design Matters: Worksite Health Promotion ROI Closely DesRoches C.M. et al. Electronic Health Records in Ambulatory Care — A National Survey of Physicians // The New England Journal of Medicine. — 2008. — No. 358. — Vol. 16. — P. 50–60.

276. *Timmings N.* The NHS revolution: health care in the market place / Use of private health care in the NHS // BMJ. — 2005. — Vol. 331. — P. 1141–1142.

277. Tuohy C.H., Flood C. M., Stabile M. How Does Private Finance Affect Public Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations // Journal of Health Politics, Policy and Law. — University of Toronto, 2004. — Vol. 29. — No. 3. — P. 359–396.

278. *Virk P.* Models of Healthcare Delivery // The Next Generation: an Introduction to Medicine. — 2007. — Vol. 3. — No. 7. — 15 p.

279. *Waegemann C.P.* Wrong National Strategy for EMRs? // Medical Records Institute. — 2008. — Vol. 3. — Issue 1b. — 8 p.

280. Wang S.Y., Li Y.H. et al. Injury-related fatalities in China: an under-recognised public health problem // The Lancet. — October, 2008. — P. 51–59.
281. Westert G. P. et al. Dutch Health Care Performance Report 2008 / National Institute for Public Health and Environment. — Bilthoven, 2008. — 238 p.
282. Why Not the Best? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance. The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. — September, 2006. — Vol. 34. — 13 p.
283. Wonderling D., Gruen R., Black N. Introduction to Health Economics. — Oxford: Open University Press, 2005. — 265 p.
284. Xiao S., Kohrman M. Anthropology in China's health promotion and tobacco // The Lancet. — October, 2008. — P. 10–11.
285. Xu K., Evans D., Carrin G., AguilarRivera A.M. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure / Technical Briefs for PolicyMakers No 2. — WHO, 2005. — 4 p.
286. Xu K., Evans D., Carrin G. et al. Protecting households from catastrophic health spending // Health Affairs. — 2007. — 26. — P. 972–983.
287. Yang G., Kong L. et al. Emergence of chronic non communicable diseases in China // The Lancet. — October, 2008. — P. 42–50.
288. Zaridze D., Brennan P. et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths // The Lancet. — 2009. — Vol. 373. — Issue 9682. — P. 2201–2214.
289. Zhang D., Unschuld P.U. China's barefoot doctor: past, present and future // The Lancet. — October, 2008. — P. 17–18.

ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству авторов и редакторов медицинской литературы.

ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ учебников, учебных пособий, атласов, руководств для врачей, лучших переводных изданий.

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.
Тел.: (495) 921-39-07.

Научное издание

Улумбекова Гузель Эрнстовна

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ.

ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ:

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ «СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ДО 2020 ГОДА»

Зав. редакцией

О.В. Кириллова

Редактор

Г.А. Суворова

Корректоры

Н.Д. Долганова, М.Ю. Никитина

Подготовка оригинал-макета

О.Н. Семенова, Н.Н. Щербакова

Подписано в печать 05.11.2009. Формат 70×100 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Объем 37 печ. л. Тираж 2500 экз. Заказ 2414.

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

119021, Москва, ул. Россолимо, д. 4.

Тел./факс (495) 921-39-07, факс (499) 246-39-47.

E-mail: info@geotar.ru, <http://www.geotar.ru>.

Оригинал-макет подготовлен при содействии ЗАО «МЦФЭР».

Отпечатано в ОАО «Типография «Новости».

105005, г. Москва, ул. Ф. Энгельса, 46.

ISBN 978-5-9704-1435-4



9 785970 414354



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Книги издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»

№	Наименование	Цена, руб.*	Цена с уче- том доставки (предопла- та)*	Цена с уче- том доставки (наложенный платеж)*
1.	Как обустроить экономику и власть России. Анализ инженера и математика. Нигматулин Р.И. 2007 г., 460 с., переплет.	250	301	330
2.	Гражданин доктор. Перельман М.И. 2009 г., 752 с., переплет.	910	1060	1116
3.	Здоровье и власть. Чазов Е.И. 2009 г., 496 с., переплет.	455	551	580

Для приобретения книги необходимо:

заполнить бланк заказа разборчивым почерком и отправить по факсу: (495) 228-09-74, 246-39-47;

— по электронной почте: bookpost@geotar.ru;

— по почте: 119021, г. Москве, ул. Россолимо, д. 4. ТД «Медкнигасервис».

Также сделать заказ можно по телефонам: (495) 228-09-74, 921-39-07 или в интернет-магазине:
www.medknigaservis.ru.

**Полный ассортимент книг ИГ «ГЭОТАР-Медиа» и Издательства «Литтерра»
на сайте www.medknigaservis.ru.**

БЛАНК ЗАКАЗА

Платательщик: юридическое лицо ☐ физическое лицо ☐

Выберите способ оплаты: наложенный платеж ☐ предоплата ☐ наличными ☐ (по Москве)

ФИО/ Полное название организации _____

ФИО и должность руководителя для оформления договора (заполняется юр. лицами) _____

ИНН/КПП (заполняется юр.лицами) _____

Почтовый адрес для доставки с индексом _____

Телефон с кодом города _____ факс _____

Адрес электронной почты (e-mail) _____

Заказ: _____

* Цена указана по состоянию на 6.11.2009 г. В дальнейшем возможно изменение цен с учетом инфляции.



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

www.geotar.ru



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА «ГЭОТАР-МЕДИА» — ведущее издательство профессиональной медицинской и фармацевтической литературы в России. Основано в 1995 г. В портфеле издательства — около 1000 наименований книг. В настоящее время издательство ежегодно издает около 300 новых наименований, в том числе учебники и учебные пособия для студентов медицинских вузов, руководства и справочники для врачей, атласы, материалы для обучения пациентов, медицинские журналы. Наиболее известные проекты издательства: Национальные руководства; Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине; руководства для медицинских работников первичного звена (в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»); электронная информационно-образовательная система «Консультант врача»; «Школы здоровья» (обучение пациентов с хроническими заболеваниями), «Библиотека врача-специалиста», «Актуальные вопросы медицины». Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» также выпускает русскоязычные переводы наиболее известных зарубежных руководств.

Ряд книг издательства удостоен престижных премий и наград, в том числе они также являются победителями Московской международной книжной выставки-ярмарки в номинации «Здоровье нации».



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

www.asmok.ru

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ПО КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ — первая в России профессиональная общественная медицинская организация, специализирующаяся на вопросах качества медицинской помощи и медицинского образования.

АСМОК — организация, объединяющая ведущие российские профессиональные медицинские общества.

Основные цели АСМОК: содействовать повышению качества медицинской помощи и медицинского образования, инициировать и возглавить работу по созданию национальной концепции управления качеством медицинской помощи.

МЕД КНИГА
С Е Р В И С

www.medknigaservis.ru

ТОРГОВЫЙ ДОМ «МЕДКНИГАСЕРВИС» — самая большая книготорговая компания в России, занимающаяся продажей профессиональной медицинской и фармацевтической литературы, а также работающая по системе «книга—почтой». Мы работаем непосредственно на базе крупнейших медицинских издательств «ГЭОТАР-Медиа» и «Литтерра», что позволяет нам делать торговую наценку минимальной и тем самым держать уровень цен на книги ниже, чем в книжных магазинах страны. У нас представлена профессиональная медицинская литература для врачей всех специальностей, учебники и учебные пособия для студентов медицинских вузов, училищ и колледжей.

Мы активно сотрудничаем с библиотеками медицинских вузов, участвуем во всех аукционах по поставке учебной литературы для комплектования библиотек медицинских вузов. Торговый дом «Медкнигасервис» предлагает не только книги издательской группы «ГЭОТАР-Медиа», но и всех ведущих медицинских издательств России, а также иностранные издания. Все книжные новинки появляются у нас в продаже в тот же день, что и непосредственно в издательствах. Торговый дом имеет 2 собственных магазина.

**МЕДИЦИНСКАЯ ЛИТЕРАТУРА — ЭТО ИМЕННО ТО,
ЧЕМ МЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗАНИМАЕМСЯ МНОГО ЛЕТ!**