

УДК 614.2(470+571)
ББК 51.1(2Рос)
У49

Улумбекова, Гузель Эрнстовна.

У49 **Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия / Г. Э. Улумбекова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 96 с. : ил.**

ISBN 978-5-9704-1786-7

В данном издании представлена краткая версия одноименной монографии, в которой проанализированы демография и состояние здоровья населения РФ за последние 30 лет (все данные обновлены по состоянию на 2008 г.). 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, механизмы и индикаторы реализации «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года».

Предназначено организаторам здравоохранения, медицинским работникам, экономистам, преподавателям медицинских и экономических вузов, а также широкому кругу читателей.

Заказать полную версию монографии можно по почте, заполнив бланк-заказа, представленный на с. 96.

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» и автора.

© Улумбекова Г.Э., 2010

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
2010

ISBN 978-5-9704-1786-7

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

Научное издание

Улумбекова Гузель Эрнстовна

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ. ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ.
НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ «СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ДО 2020 ГОДА»
КРАТКАЯ ВЕРСИЯ**

Зав. редакцией *О.В. Кириллова*
Корректор *М.Ю. Никитина*
Компьютерная верстка *О.Н. Семенова*

Подписано в печать 22.03.2010.

Формат 60×90 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Объем 6 печ. л. Тираж 10 000 экз. Заказ № 732.

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.

Отпечатано в ОАО «Типография «Новосты».

105005, г. Москва, ул. Ф. Энгельса, 46.

ISBN 978-5-9704-1786-7



9 785970 417867 >

Посвящается учителям и наставникам

Академику РАМН **Акчурина** Ренату Сулеймановичу
Академику РАМН **Баранову** Александру Александровичу
Академику РАМН **Володину** Николаю Николаевичу
Академику РАМН **Денисову** Игорю Николаевичу
Академику РАМН **Кулакову** Владимиру Ивановичу
Академику РАМН **Мартынову** Анатолию Ивановичу
Академику РАМН **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

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

Руководителям субъектов РФ

Губернатору Самарской области **Артякову** Владимиру Владимировичу
Губернатору Иркутской области **Мезенцеву** Дмитрию Федоровичу
Президенту Республики Татарстан **Шаймиеву** Минтимеру Шариповичу
(с 1991 по 2010 г.)

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 2006 г.)
Академику РАМН **Давыдову** Михаилу Ивановичу (с 2006 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

Профессору **Какориной** Екатерине Петровне
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** Наилю Хабибулловичу
Члену-корреспонденту РАМН **Багненко** Сергею Федоровичу
Академику РАМН, члену-корреспонденту РАН **Беленкову** Юрию Никитичу
Члену-корреспонденту РАМН **Богомилскому** Михаилу Рафаиловичу
Академику РАН и РАМН **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
Члену-корреспонденту РАМН **Мельниченко** Галине Афанасьевне
Академику РАМН **Моисееву** Виктору Сергеевичу
Академику РАМН **Мошетовой** Ларисе Константиновне
Академику РАМН **Насонову** Евгению Львовичу
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
Вице-президенту издательства «Williams&Wilkins» (в 90-х годах) (США)
Кэролайн **Донахью**
Профессору **Зиганшиной** Лилии 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**
Руководителю отдела информатики медицинского центра «Пьемонт»
г. Атланта (США) Стивену **Люксенбергу**
Заместителю директора ИГ «ГЭОТАР-Медиа» **Люмановой** Зарифе Сулеймановне
Профессору **Мешковскому** Андрею Петровичу
Кандидату медицинских и экономических наук **Прохоренко** Николаю Федоровичу
Профессору **Роговской** Светлане Ивановне
Генеральному директору ИГ «ГЭОТАР-Медиа» **Сайткулову** Камиллю Ильясовичу
Профессору **Флеку** Виталию Олеговичу

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	9
Раздел 1. Демография и показатели здоровья населения РФ	11
Раздел 2. Факторы, влияющие на здоровье населения	20
Раздел 3. Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ	28
Раздел 4. Внешние вызовы системе здравоохранения РФ до 2020 г. и ожидания заинтересованных сторон	51
Раздел 5. Уроки реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения	54
Раздел 6. Анализ предложений по реформированию здравоохранения РФ до 2020 г.	70
Раздел 7. Общие положения Стратегии	77
Раздел 8. Основные направления реализации Стратегии	79
Раздел 9. Порядок реализации Стратегии	83
Раздел 10. Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты	87
Выводы	92
Список использованной литературы	95

В полной версии монографии представлен подробный список литературы (около 300 источников), а также имеются 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).

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.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСМОК	— Ассоциация медицинских обществ по качеству
ВВП	— валовой внутренний продукт
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВОП	— врач общей практики
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
ДСГ	— диагностически связанные группы
ДТП	— дорожно-транспортное происшествие
ЕС	— Евросоюз
ЕСН	— единый социальный налог
ИМН	— изделия медицинского назначения
КМП	— качество медицинской помощи
КР	— клинические рекомендации
КТ	— компьютерный томограф
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
ЛС	— лекарственное средство
МИС	— медицинская информационная система
МНН	— международное непатентованное наименование
МО	— медицинская организация
МРТ	— магнитно-резонансный томограф
НИОКР	— научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы
НМО	— непрерывное медицинское образование
ОЖНЛС	— обеспечение жизненно-необходимыми лекарственными средствами
ОКС	— общий коэффициент смертности

ОМС	— обязательное медицинское страхование
ОПЖ	— ожидаемая продолжительность жизни
ОЭСР (OECD)	— Организация стран экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development)
ПГГ	— программа государственных гарантий
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
ПНП	— приоритетный национальный проект
ППС	— паритет покупательной способности
РМЭЗ	— Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения
РСПП	— Российский союз промышленников и предпринимателей
СМИ	— средства массовой информации
СМО	— страховая медицинская организация
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
АМА	— American Medical Association

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 РФ²

В этом разделе в монографии анализируются демография и показатели здоровья населения РФ за последние 30 лет в сравнении с «новыми» и «старыми» странами Евросоюза (ЕС).

В краткой версии представлены информация о нескольких наиболее важных показателях (включая данные за 2008 г.) и выводы по разделу.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении³

С 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни в России начала заметно расти и составила в 2007 и 2008 гг. 67,5 года и 67,9 лет соответственно. В 2006 г. она равнялась 66,6 года, в 2005 г. — 65,3 года (рис. 1). Тем не менее она остается низкой — почти на 7 лет мень-

¹ Британский государственный и политический деятель, премьер-министр Великобритании в 1940—1945 и 1951—1955 гг.

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 (www.source.oecd.org), 2009, более подробно — см. список использованной литературы в монографии.

³ 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.

ше, чем в «новых» странах ЕС (это 10 стран: европейские страны бывшего соцлагеря и страны Балтии, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.), и на 12,5 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС (15 стран: Германия, Великобритания, Франция, Италия, Швеция и другие, входившие в ЕС до мая 2004 г.). Этот показатель также на 2,2 года меньше, чем был в Советском Союзе в 1985–1986 гг.

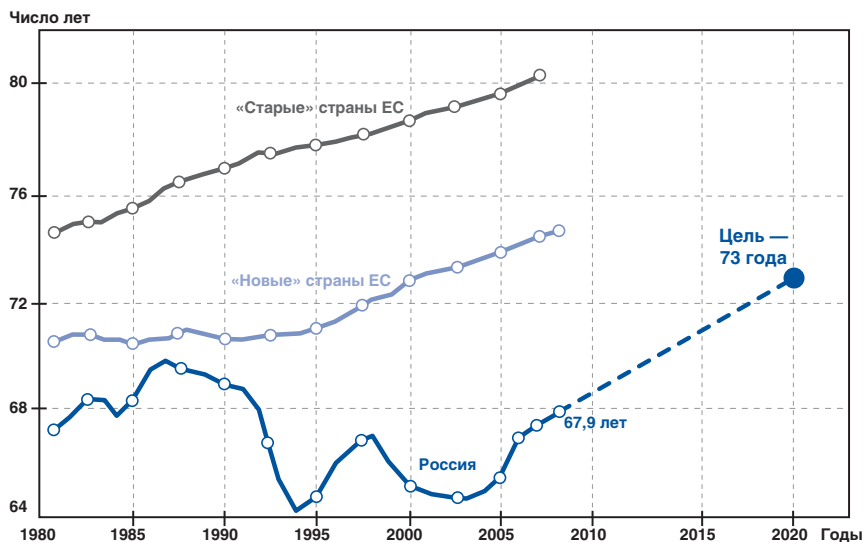


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

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 это отличие стало даже бóльшим, чем в 1900 г. (табл. 1).

При этом следует отметить, что в России сохраняется катастрофическая (самая высокая в мире) разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин — 12,4 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%.

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
2008*	13,6	15,7	17,1	17,4
Женщины				
1900	16,2	14,1	20,8	13,1
1965	0,5	1,4	2,8	– 0,5
2008*	6,5	10,2	8,8	11,8

* Россия — 2008 г., США, Франция, Швеция и Япония — 2007 г.

Общий коэффициент смертности

Общий коэффициент смертности (число умерших от всех причин на 1000 человек) уменьшается и в 2009 г. составил 14,2, в 2008 г. — 14,6, в 2007 г. — 14,6, в 2006 г. — 15,2 (рис. 2). Тем не менее этот показа-

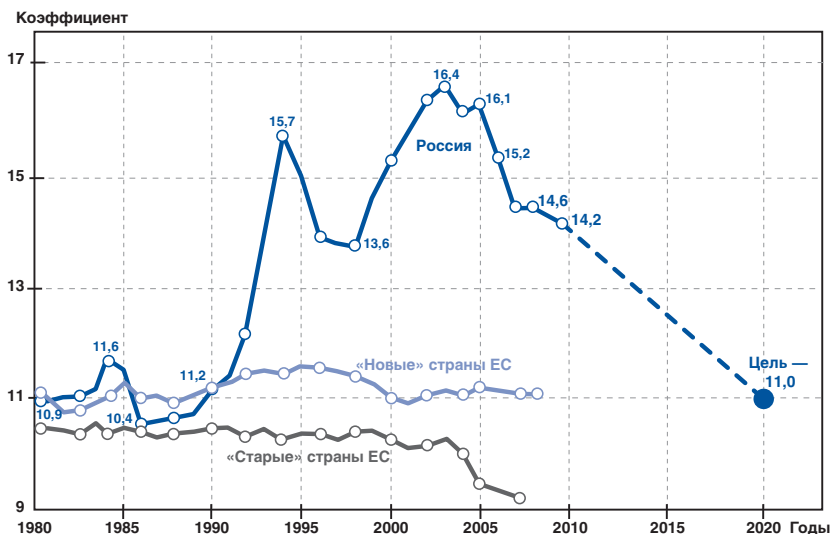


Рис. 2. Общий коэффициент смертности населения (на 1000 человек)

тель 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 10,4.

Смертность по классам причин

В 2008 г. основными причинами смертности были неинфекционные заболевания: **болезни системы кровообращения** — 57% (1 млн 186 тыс. из 2 млн 76 тыс. умерших); **новообразования** — 13,9%, **внешние причины** — 11,8%, болезни органов пищеварения — 4,3%, болезни органов дыхания — 3,8%. От инфекционных заболеваний умерли 34,5 тыс. человек, что составило 1,7% всех умерших (рис. 3).

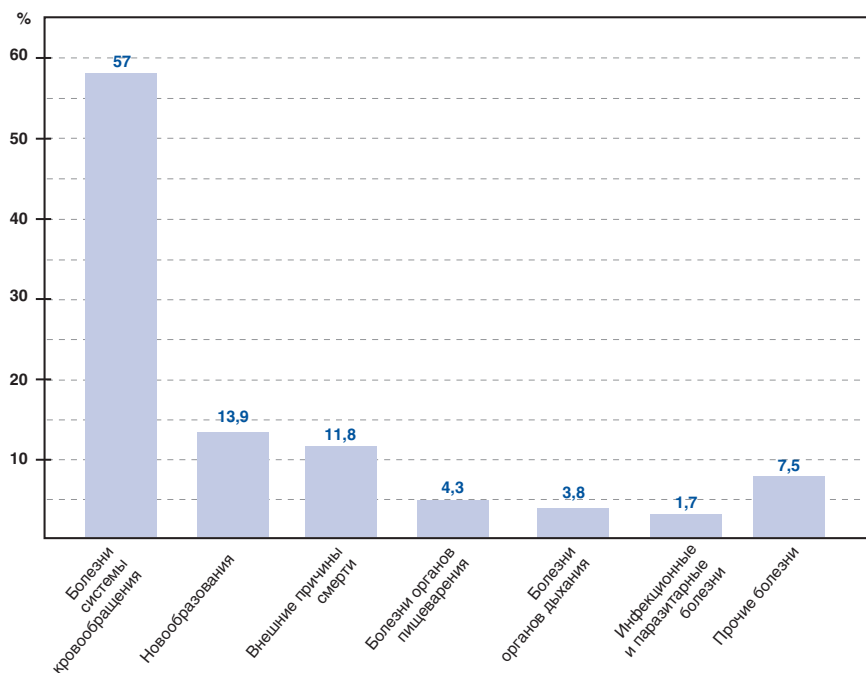


Рис. 3. Структура смертности населения России по основным классам причин смерти в 2008 г.

Неравенство различных категорий населения по показателям ожидаемой продолжительности жизни и смертности

Имеются существенные различия в ожидаемой продолжительности жизни между населением субъектов РФ. Например, в Амурской, Новгородской, Псковской и Сахалинской областях этот показатель на 3,5–4,5 лет ниже, чем средний по России. Коэффициент общей смертности в ряде областей (Ивановской, Новгородской, Псковской, Смоленской, Тверской и Тульской) в 1,4 раза выше, чем в среднем по России (см. табл. 3 на стр. 34).

Ожидаемая продолжительность жизни сельского населения оказалась в 2008 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 1,6 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.

Рождаемость и старение населения

Демографическая ситуация в стране усугубляется сокращением рождаемости. На рисунке 4 продемонстрирована динамика

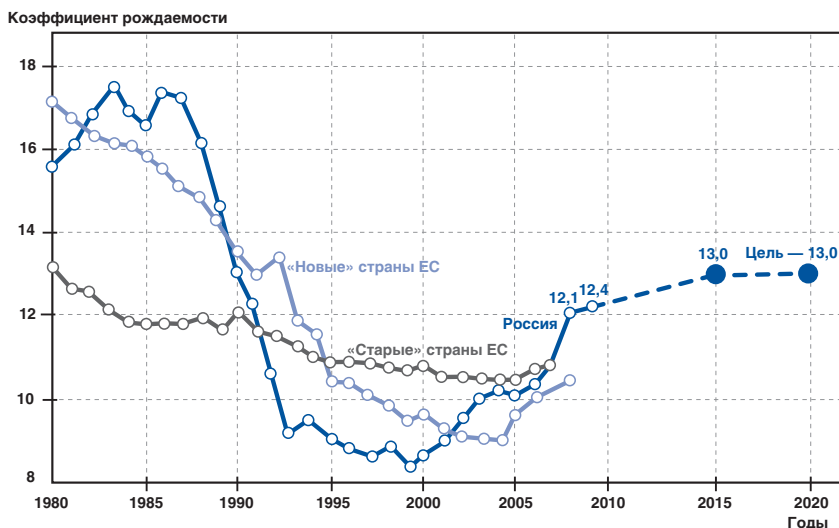


Рис. 4. Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)

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 2007–2009 гг. он заметно вырос и достиг соответственно 11,3, 12,1 и 12,4 (в 2006 г. — 10,4, 2005 г. — 10,2), превысив данный показатель в странах ЕС. Во многом эта положительная динамика связана не только с увеличением числа женщин детородного возраста, но и с демографической политикой и мероприятиями, реализованными в национальном проекте «Здоровье» в 2006–2008 г. (Вишневский А.Г., 2008).

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%.

Естественное движение населения России¹

На рисунке 5 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% всего населения страны, и только в 2007 и 2008 гг. эта величина снизилась соответственно до 470 и 362 тыс., или до 0,3 и 0,26%.

Заболеваемость населения

Всего в 1990 г. было зарегистрировано (выявлено) 158,3 млн случаев заболеваний, в 2007 г. — 219,5 млн, а в 2008 г. — 221,7 млн, т.е. рост составил 40% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 46%). Наблюдаемый рост заболеваемости коррелирует с ростом смертности населения за этот период. На

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

рисунке 6 представлена общая заболеваемость на 100 тыс. населения (столбцы) в динамике с 1990 по 2008 г. и структура заболеваемости по основным классам болезней (кривые). Существенно,

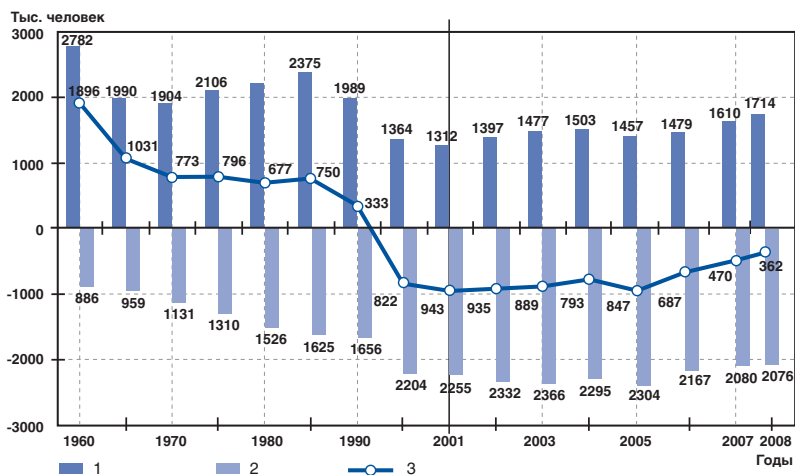


Рис. 5. Показатели естественного движения населения России:

1 — родившиеся; 2 — умершие; 3 — естественный прирост

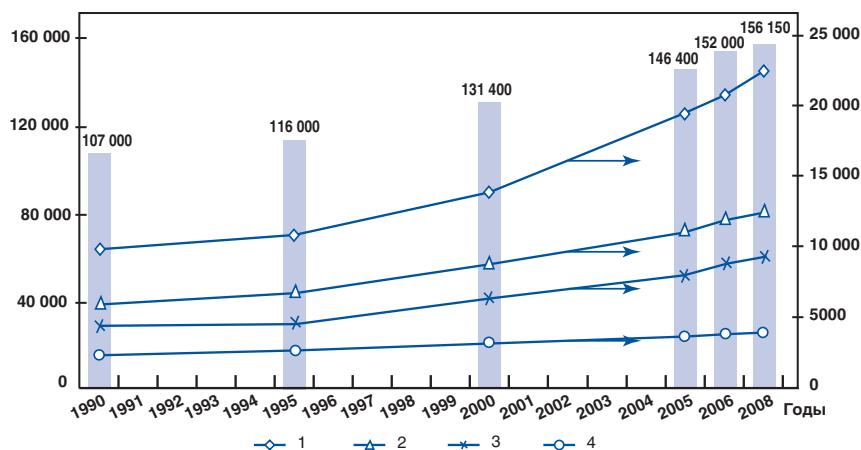


Рис. 6. Общая заболеваемость в РФ на 100 тыс. населения в 2008 г. (всего населения и по классам болезней):

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

что с 1990 по 2008 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. Среди причин заболеваемости в 2008 г. преобладала патология органов дыхания (23,5%) и системы кровообращения (14%).

С 1990 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, и эта отрицательная динамика сохраняется. В 2000–2008 гг. больными оказались почти 40% всех родившихся детей.

Инвалидность населения

Инвалидность в нашей стране с 1990 по 2008 г. не уменьшается, в том числе не уменьшается доля лиц трудоспособного возраста среди всех лиц, впервые признанных инвалидами, которая составляет 44,7%. Всего на 1 января 2009 г. зарегистрированы 12,7 млн инвалидов, или 9% населения. В последние годы в структуре первичной инвалидности преобладают заболевания системы кровообращения (44,5%), а также злокачественные новообразования (17,6%).

Производственный травматизм и профессиональные заболевания

Хотя общий производственный травматизм в РФ начиная с 1990 г. постоянно снижается и составил в 2008 г. 2,5 случая на 1000 работающих¹ (всего 58 тыс. случаев), число пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом остается высоким и составляет 0,109 на 1000 работающих (или 1,8 на 100 тыс. населения)². При этом российский показатель травматизма на производстве со смертельным исходом в 1,6 раза превышает аналогичный показатель в «старых» странах ЕС и в 1,2 раза — в «новых» странах.

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.

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

В этом разделе в монографии дается оценка основных факторов, повлиявших на ухудшение здоровья населения РФ с 1990 по 2008 г. Среди анализируемых факторов: образ жизни населения, наличие государственных межведомственных программ по охране здоровья, уровень благосостояния государства, экологические условия и условия труда на производстве. В краткой версии приводятся сокращенный анализ образа жизни населения РФ и благосостояния государства, а также выводы по разделу.

Основные факторы, оказывающие влияние на здоровье населения

Отмечено, что воздействие образа жизни на здоровье в 2–2,5 раза выше, чем других факторов (рис. 7). Также показано, что воздействие системы здравоохранения на здоровье населения, опосредованное через широкий комплекс мероприятий (санитарно-эпидемиологические мероприятия, медико-санитарное просвещение населения, проведение профилактических иммунизаций), можно оценить не в 10–15%, как утверждают некоторые эксперты, а в 2–3 раза выше. О влиянии системы здравоохранения на здоровье населения в 10–15% можно говорить, имея в виду

¹ Древнекитайский философ (прибл. 475–395 гг. до н.э.).

только медицинскую помощь заболевшим и в достаточно хорошо финансируемых системах здравоохранения (чего нельзя сказать о системе здравоохранения РФ).



Рис. 7. Факторы, оказывающие влияние на здоровье населения

Образ жизни

В России, по данным ВОЗ (2005 г.), в 2002 г. четыре фактора риска развития хронических заболеваний (высокие артериальное давление и уровень холестерина в сыворотке крови, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя) суммарно составили 87,5% в общей смертности в стране и 58,5% — в количестве лет жизни с утратой трудоспособности¹. При этом на 1-м месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем (16,5%). Согласно экспертным оценкам, за последние 6 лет относительные показатели изменились мало (табл. 2).

¹ Количество лет жизни с утратой трудоспособности — обобщающий показатель здоровья населения, учитывающий смертность, заболеваемость и степень утраты трудоспособности.

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	Злоупотребление алкоголем	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	Злоупотребление алкоголем	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	Употребление наркотиков	2,2
9	Препараты свинца	1,2	9	Препараты свинца	1,1
10	Употребление наркотиков	0,9	10	Небезопасный секс	1,0

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.

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

По данным РМЭЗ¹, 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 странах ОЭСР² в среднем и в США уровень употребления алкоголя практически в 2 раза меньше.

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 ежедневно курящего населения старше 15 лет в РФ составляет более 50%, что в 2 раза выше, чем в среднем по странам ОЭСР.

Употребление наркотиков. С 1995 г. число лиц, зарегистрированных в медицинских и профилактических организациях с диагнозом наркотической зависимости, увеличилось в 5 раз и составило в 2008 г. 356 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 около 700 случаев — среди детей и подростков.

Государственные межведомственные программы по охране здоровья

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 во время этой кампании сократилось почти на 27%, что за 3 года привело к увеличению продолжительности жизни мужчин на 3,2 года и женщин — на 1,3 года.

¹ РМЭЗ — Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения.

² ОЭСР — организация стран экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе большинство стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию и Мексику.

Благосостояние государства

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 8 представлен темп изменения (прироста/спада) ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (за 100% принят 1995 г.). С 1998 по 2007 г. среднегодовой темп роста ВВП составил 7% (в сопоставимых ценах по отношению к предыдущему году). А ежегодный темп роста государственных расходов на здравоохранение с 1998 по 2005 г. 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 опережать темп роста ВВП.

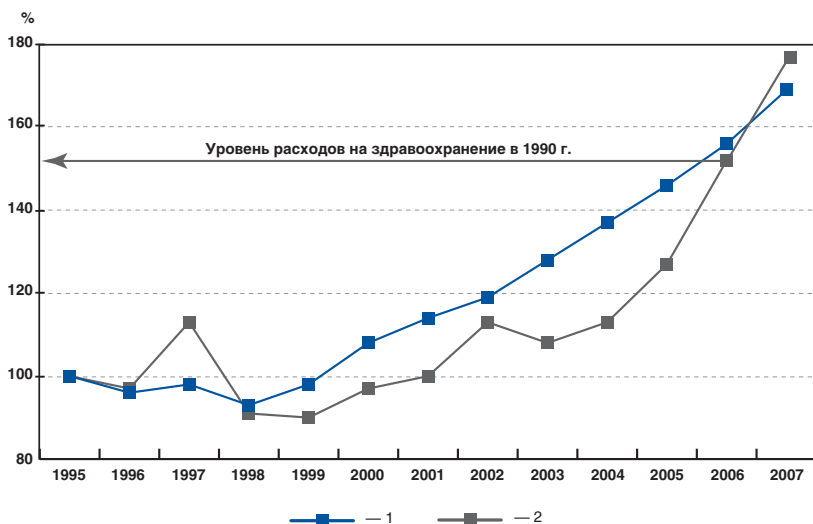


Рис. 8. Изменение ВВП и государственных расходов на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1995 г. — 100%):

1 — темп изменения ВВП; 2 — темп изменения расходов на здравоохранение

При обсуждении вопроса о благосостоянии 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 полуфеодальную систему».

На рисунке 9 представлено распределение доходов между различными группами населения РФ, проведенное Р.И. Нигматулиным и Б.И. Нигматулиным (2009). Для анализа распределения

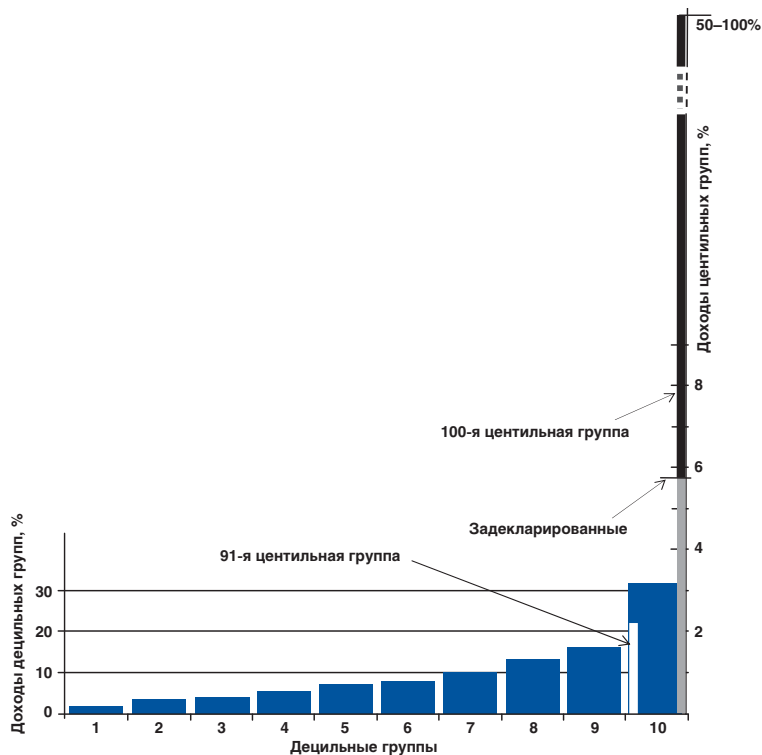


Рис. 9. Распределение денежных доходов населения РФ:

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

доходов (национального богатства) между различными группами 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%. Для анализа доходов самой богатой децильной группы население этой группы поделено еще на 10 равных частей, таким образом сформированы центильные группы населения (по 1%). Из рисунка 9 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.

Из такого анализа следует, что в РФ для справедливого распределения национального богатства между населением, в том числе **наполнения солидарной системы здравоохранения, требуются пересмотр плоской шкалы системы налогообложения доходов** (сегодня в РФ — 13% для всех размеров доходов) и усиление контроля государства над уклонением от уплаты налогов, так, как это принято сегодня в развитых странах.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ «Факторы, влияющие на здоровье населения»

- ▶ Из рассматриваемых факторов, повлиявших на ухудшение здоровья населения РФ в период с 1990 по 2008 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 улучше-

ние здорового образа жизни, может привести к существенному улучшению здоровья населения в короткие сроки (пример — антиалкогольная кампания в СССР).

- ▶ 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.
- ▶ Для ликвидации неравенства в распределении национального богатства между различными группами населения и наполнения солидарной (государственной) системы здравоохранения необходимо ввести прогрессивные шкалы налогообложения и взимания страховых взносов.

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

В этом разделе в монографии система здравоохранения РФ описана по схеме: история формирования; финансирование (источники, объемы, порядок аккумулирования и распределения средств, тарифная политика и др.); обеспечение кадровыми и материально-техническими ресурсами; организация медицинской помощи населению и управление системой здравоохранения.

В краткой версии освещены только некоторые наиболее актуальные проблемы российского здравоохранения (преимущественного финансирования и доступности медицинской помощи), а также представлены таблица, в которой дана интегральная оценка здравоохранения РФ по сравнению с развитыми странами, и главные выводы по данному разделу.

Государственная система здравоохранения в РФ сегодня устроена следующим образом:

- ▶ по способу финансирования сложилась смешанная бюджетно-страховая модель;
- ▶ по системе организации медицинской помощи она носит отдельные черты модели Н.А. Семашко;

¹ Американский автопромышленник, государственный деятель.

► по управлению — разделена на 3 уровня (федеральный, региональный и муниципальный);

► по форме собственности поставщиков медицинских услуг, участвующих в реализации ППГ, 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»).

Система финансирования здравоохранения¹

Источники и объемы финансирования

В РФ государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП² (т.е. относительные расходы) составляли в 2008 г. 3,4% (в 2007 г. — 3,7%), что в 1,9 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР — 6,5% ВВП (рис. 10).

На рисунке 11 отображены общие и государственные расходы на здравоохранение в 2008 г. в абсолютных показателях — в \$ППС (т.е. оцененные по паритету покупательной способности доллара США)³ на душу населения в год. Видно, что в России на 1 человека из государственных источников тратится 635 \$ППС⁴, что в 3,4 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (и в 1,5–2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС).

¹ В подготовке этого раздела использованы данные Росстата (2009), данные ОЭСР (2009). Данные по РФ представлены за 2008 г.; по странам ОЭСР — за 2007 г.

² ВВП — валовой внутренний продукт.

³ ППС представляет собой количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно приобрести за одну денежную единицу базовой страны (долл. США). В 2007 г. принята стоимость 1 \$ППС — 15 руб., в 2008 г. — 15,5 руб.

⁴ Всего в РФ на здравоохранение в 2007 г. из всех источников было потрачено 1810 млрд руб., из них государственных — 1230 млрд руб. В 2008 г. — 2114 млрд руб., из них государственных — 1396 млрд руб.

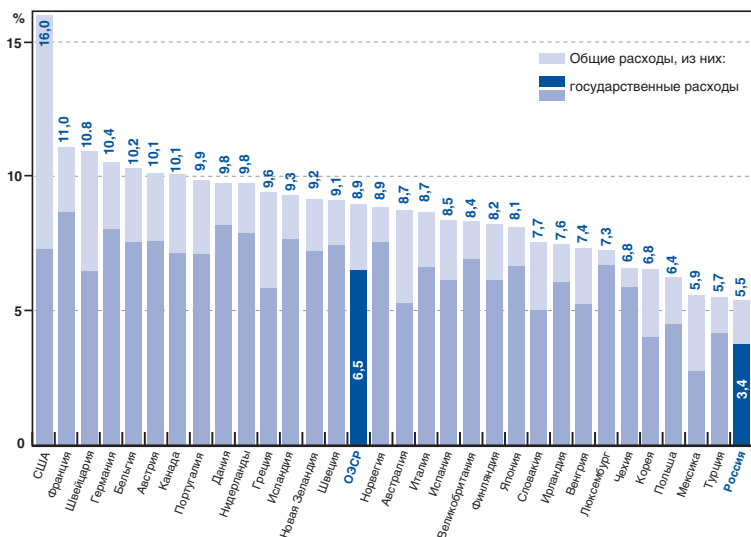


Рис. 10. Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах

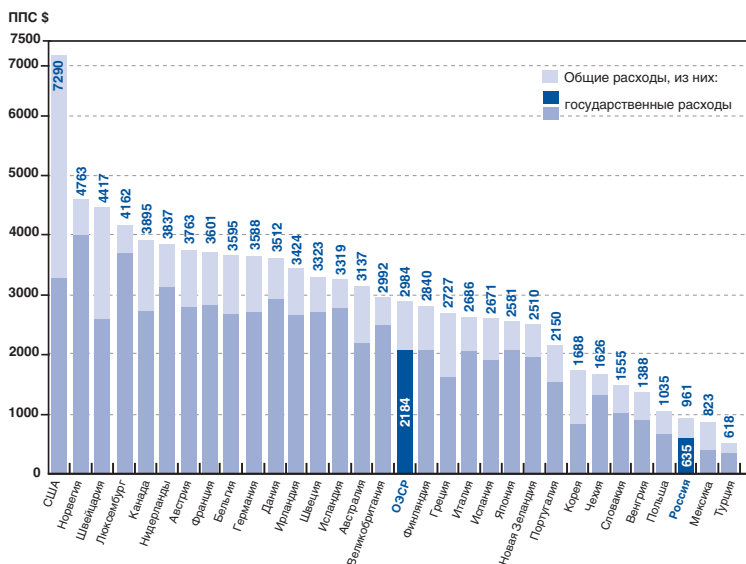


Рис. 11. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в год в разных странах

Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (635 \$ППС против 2184 \$ППС) в 2007 г. в 70% субъектов РФ (60 из 83) эта 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.

Взаимозависимость между финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения

На рисунках 12 и 13 представлена зависимость показателей здоровья населения от подушевых государственных расходов на

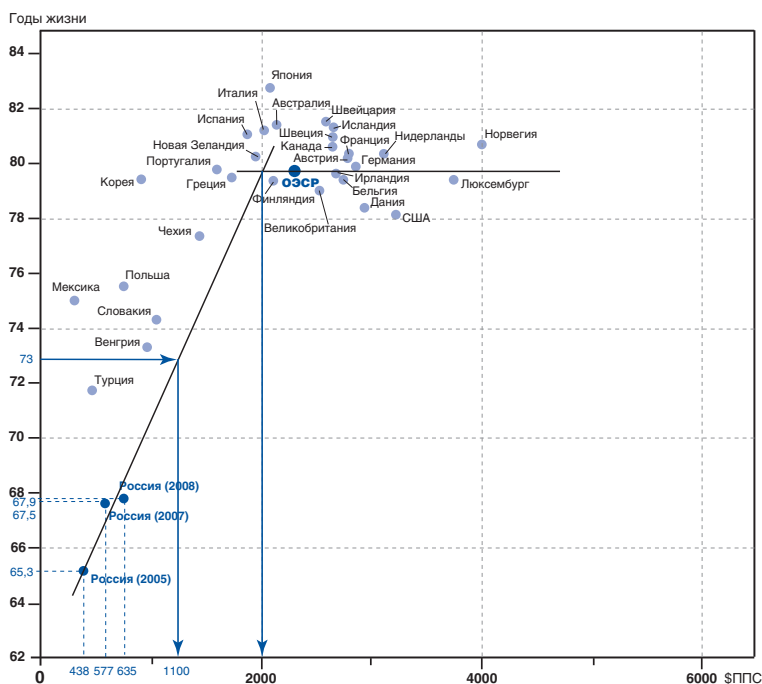


Рис. 12. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, \$ППС

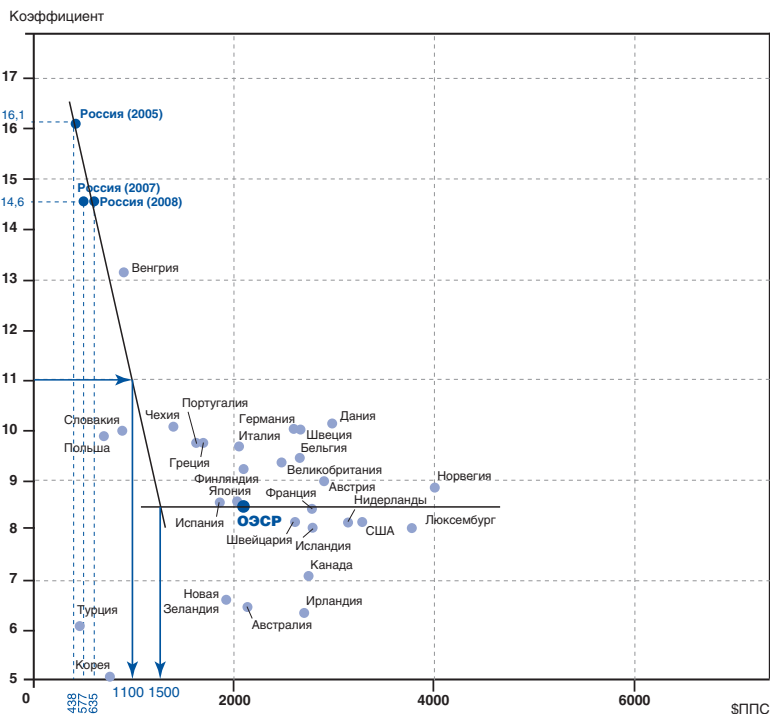


Рис. 13. Общий коэффициент смертности в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, \$ППС

здравоохранение в год. 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 73 и 75 лет и общего коэффициента смертности 11,0 и 10,0 необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были соответственно не менее чем 1100 и 1200 \$ППС.

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

Аналогичная зависимость выявлена между уровнем смертности в 82 субъектах РФ¹ и подушевыми расходами на территориальную программу государственных гарантий (ТПГГ) в год (2008 г.). На рисунке 14 площадь круга пропорциональна численности населения субъекта РФ. Видно, что финансирование менее, чем 6,5 тыс. руб. на душу в год, настолько мало, что не влияет на ОКС, и только увеличение финансирования с этого уровня, начинает приводить к снижению ОКС. Для достижения ОКС равного 11,0 финансирование по ТПГГ должно быть увеличено вдвое или до 15 000 руб., что соответствует 1000 \$ППС и отличается всего лишь на 10% от данных рисунка 13. Следует отметить, что круги в зоне, отмеченной пунктиром, относятся к северо-кавказским республикам, население которых практически не потребляет алкоголь. Поэтому даже при очень низком уровне финансирования здравоохранения ОКС в них практически в 2,5 раза ниже, чем в среднем по РФ.

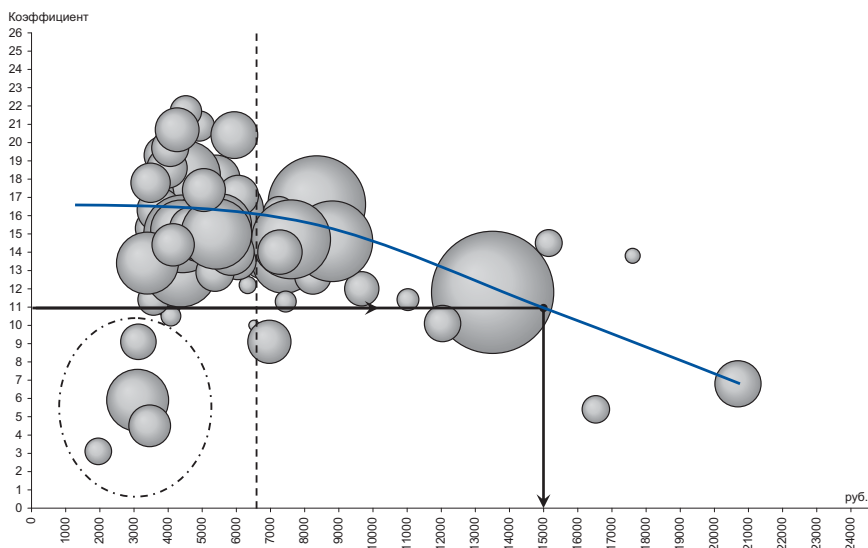


Рис. 14. Зависимость между подушевыми расходами на ТПГГ в год и ОКС.

¹ Чукотский АО исключен, т.к. в нем аномально высокие доходы связаны с малочисленностью населения (50 тыс. жителей) и уплатой налогов в бюджет Р.А. Абрамовичем.

Таблица 3
Зависимость между подушевыми расходами на ТПГТ и общим коэффициентом смертности в субъектах РФ (2008 г.)

Субъект РФ	ТПГТ, тыс. руб.	ОКС	Субъект РФ	ТПГТ, тыс. руб.	ОКС
Агинский Бурятский автономный округ	6514,4	10	Кемеровская область	5873,8	16,3
Алтайский край	4434	15	Кировская область	4158,2	17,1
Амурская область	6841,3	15,1	Костромская область	4086,2	18
Архангельская область	6556,3	14,6	Краснодарский край	4983,6	14,2
Астраханская область	4425,3	13,6	Красноярский край	7400,7	13,5
Белгородская область	5067,9	14,7	Курганская область	3875,3	16,2
Брянская область	3939,1	17,7	Курская область	3961,3	18,3
Владимирская область	4265,2	18,8	Ленинградская область	5407,6	18
Волгоградская область	4544,7	14,5	Липецкая область	6057	17,1
Вологодская область	5554,1	16,3	Магаданская область	17611,5	13,8
Воронежская область	4279,3	17,7	Москва	13508,7	11,8
Еврейская автономная область	5750,4	15,3	Московская область	8354,6	16,6
Забайкальский край	7132,9	14,3	Мурманская область	9675,8	12
Ивановская область	3866,6	19,3	Нижегородская область	4522,9	18,2
Иркутская область	6920,7	14,1	Новгородская область	4919,8	20,9
Кабардино-Балкарская Республика	3133,6	9,1	Новосибирская область	5217,4	14,5
Калининградская область	3576,6	15,3	Омская область	5577,9	14,3
Калужская область	4555,2	17,3	Оренбургская область	5622	14,6
Камчатский край	11026,8	11,4	Орловская область	3677,1	17,2
Карачаево-Черкесская Республика	4007,4	11,1	Пензенская область	3739	16,3

Окончание табл. 3

Субъект РФ	ТППГ, тыс. руб.	ОКС	Субъект РФ	ТППГ, тыс. руб.	ОКС
Пермский край	5639,4	15,5	Самарская область	4972	15,3
Приморский край	5062,2	14,5	Санкт-Петербург	8814,3	14,6
Псковская область	4523,4	21,7	Саратовская область	4375,1	15,2
Республика Адыгея	3983,7	14,8	Сахалинская область	15152,4	14,5
Республика Алтай	6334,9	12,2	Свердловская область	7601,9	14,7
Республика Башкортостан	4585,1	13,7	Смоленская область	4062,2	19,7
Республика Бурятия	6042,9	13,5	Ставропольский край	3399,5	13,4
Республика Дагестан	3108,8	5,9	Тамбовская область	3487,5	17,8
Республика Ингушетия	1959,1	3,1	Тверская область	4265,4	20,7
Республика Калмыкия	4085,9	10,5	Томская область	5375,2	12,9
Республика Карелия	7251,3	16,2	Тульская область	5940,9	20,4
Республика Коми	8245,6	12,7	Тюменская область	6967,2	9,1
Республика Марий Эл	3794,5	15,2	Удмуртская Республика	5841,5	14
Республика Мордовия	5294	15,7	Ульяновская область	4676,4	15,3
Республика Саха (Якутия)	12042,6	10,1	Хабаровский край	7277,3	14
Республика Северная Осетия - Алания	3575,8	11,4	Ханты-Мансийский АО - Югра	20694,4	6,8
Республика Татарстан	4373,8	13	Челябинская область	5417,9	15
Республика Тыва	7448,8	11,3	Чеченская республика	3464,6	4,5
Республика Хакасия	5324,3	13,8	Чувашская Республика	4148,2	14,4
Ростовская область	4429	15	Ямало-Ненецкий АО	16529,7	5,4
Рязанская область	3970	18,6	Ярославская область	5048,7	17,4

Расходы населения на медицинскую помощь (частные расходы)

В РФ частные расходы на медицинскую помощь составляют 34% общих расходов на здравоохранение (в 2007 г. — 32%). Они выше, чем в развитых странах, в которых они составляют в среднем 27%. Эти расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, ЛС, санаторно-курортные услуги, а также из взносов населения и работодателей на ДМС.

Расходы на ЛС и товары медицинского назначения в амбулаторных условиях

Расходы на ЛС (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 РФ в абсолютных величинах эти значения очень малы (рис. 15). В 2008 г. в РФ общие подушевые расходы на ЛС в

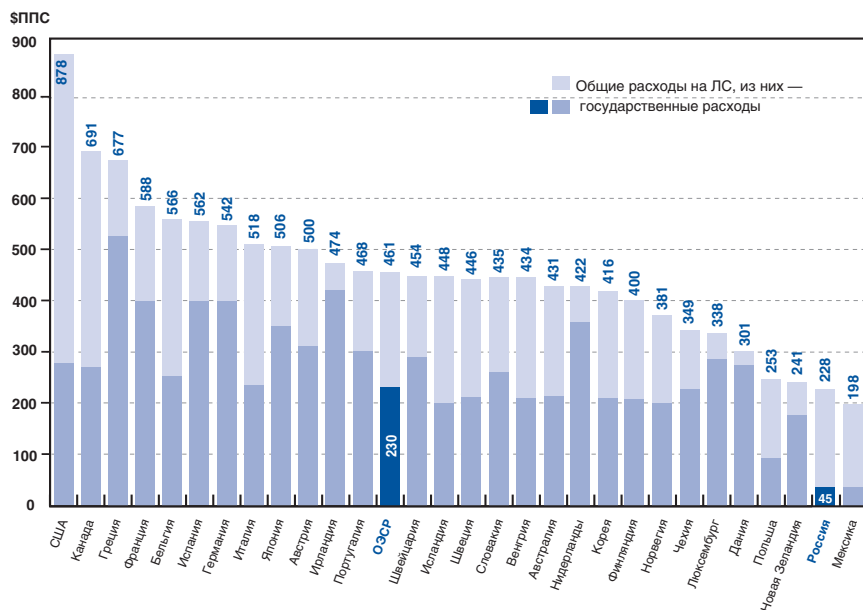


Рис. 15. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача) в год

амбулаторных условиях в год составили 228 \$ППС, при этом из государственных источников покрывается только 20% (45 \$ППС). В странах ОЭСР общие подушевые затраты на ЛС в амбулаторных условиях в 1,8 раза больше (413 \$ППС). Из государственных источников за рубежом покрывается 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 0,23%, в развитых странах в 4 раза больше — 0,9%.

Следует отметить, что доля отечественных препаратов в государственных закупках ЛС составляет около 5%.

Все это свидетельствует о значительном 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.

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 в период с 1990 по 2008 г. увеличилась на 46%.

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 90% 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).

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

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.

При сравнении тарифов на медицинские услуги, сложившихся в государственных и муниципальных МО, с аналогичными в развитых странах ЕС 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).

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	3600 (длительность госпитализации — 6,3 дня)	936 (длительность госпитализации — 13 дней)	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.

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

Структура и численность медицинских кадров

В 2008 г. число работников, занятых в здравоохранении, составляло 3,68 млн человек². Врачей всех специальностей было 704 тыс., или 5 врачей на 1000 населения. Обеспеченность врачами на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов (это необходимо для проведения международных сравнений) составила 4,4; что в 1,4 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, где она составляет 3,1 врача на 1000 населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения выше, чем в странах ОЭСР, поэтому тезис об избытке врачей в России является необоснованным.

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 1:3.

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 1:6³ и значительно выше, чем в странах ОЭСР, где оно равняется 1:2. Это означает, что обеспеченность врачами первичного контакта в РФ в 1,7 раза ниже, чем в развитых странах.

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

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 всю 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.

На рисунке 16 представлен коэффициент соотношения среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников здравоохранения (2008 г.) и месячного валового внутреннего (или регионального) продукта (2007 г.) в РФ в среднем, в странах ОЭСР и ряде субъектов РФ¹. Этот относительный по-

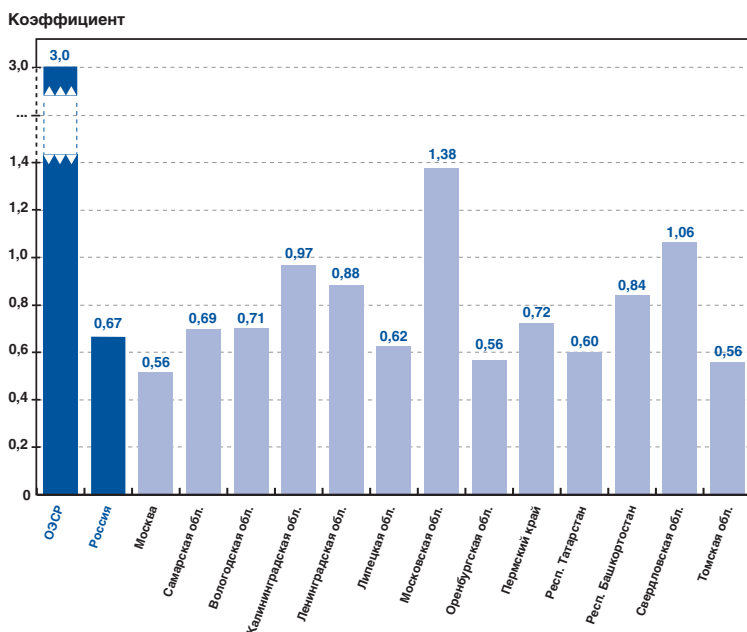


Рис. 16. Коэффициент соотношения среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников здравоохранения в месяц к подушевому месячному ВВП (ВРП)

¹ Отобраны 13 субъектов РФ, имеющие близкие значения ВРП на душу населения: $\pm 15\%$ среднего значения по РФ (232 тыс. руб. на душу населения в год в 2007 г.), а также Москва.

казатель в среднем по РФ в 4,5 раза ниже, чем в странах ОЭСР, и, значит, нужно говорить о существенном недофинансировании оплаты труда медицинских работников в РФ.

Так, в 2008 г. среднемесячная номинальная заработная плата медицинских работников в РФ 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 ниже, чем в государственном управлении. В Советском Союзе заработная плата медицинских работников была близка к средней зарплате по стране. Сегодня заработная плата врачей в странах ЕС, например в Германии, в 3–5 раз превышает заработную плату рабочих и в 2 раза — служащих (ВОЗ, 2004).

Сеть лечебно-профилактических учреждений и их материально-техническое оснащение

В РФ в 2008 г. общее число больничных коек составило 1,4 млн, или 9,8 на 1000 населения. Из них число коек интенсивного лечения¹ составляет 7,8 на 1000 населения (без учета коек восстановительного лечения и предназначенных для длительного ухода)². Это один из самых высоких показателей в мире. В развитых странах эта величина в среднем равняется 3,8.

Из общего числа всех больничных коек в РФ доля коек для восстановительного лечения и реабилитации очень мала. По разным оценкам, их общее число — менее 50 тыс., или 0,35 на 1000 населения.

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).

Средние показатели оснащенности коечным фондом в стране затушевывают ситуацию по резкому ухудшению обеспеченности койками в сельской местности. **За последние 12 лет обеспечен-**

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

² Общее число коек интенсивного лечения составляет 0,93 млн (без коек: общих, туберкулезных, наркологических, психиатрических и восстановительного лечения).

ность коечным фондом сельского населения уменьшилась на 58% (с 71,5 в 1995 г. до 45,1 в 2008 г. в расчете на 10 тыс. населения). Произошло это преимущественно за счет сокращения числа коек в районных и участковых больницах. Одновременно в 3,2 раза сократилось и число амбулаторно-поликлинических учреждений (с 9217 до 2871). Мощность этих учреждений в расчете на 10 тыс. населения за этот же период упала на 23%. **Все это вкупе с дефицитом кадров в сельской местности и увеличением заболеваемости населения существенно снижает доступность медицинской помощи сельским жителям.**

Интегральная оценка эффективности деятельности системы здравоохранения РФ

Таблица 6

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

№	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)	67,9 года	79 лет
2	Младенческая смертность	8,5	3,9
3	Предотвратимая смертность. Измеряется в числе потенциально потерянных лет жизни (PYLL) на 100 тыс. населения	Не измеряется	3700
4	Число лиц трудоспособного возраста (до 65 лет, для РФ — 60 лет), ограниченных в любой активности из-за физических, умственных и эмоциональных проблем	6,5% ¹	12%

Продолжение табл. 6

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Ориентированность системы здравоохранения на пациентов</i>			
5	Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи	31% ²	70%
6	Доля пациентов, медицинская помощь которым координируется врачом общей практики (или имеет постоянного врача в первичном звене)	Не измеряется	70–90% (лучшие)
7	Доля пациентов, указавших на хорошие взаимоотношения с врачом (вежливость, внимательность и уважение)	Систематически не измеряется; 55% по данным отдельных исследований ³	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	1,4	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 ⁴	1,0–1,2
10	Разница в доступности медицинской помощи между сельским и городским населением (обращаемость за амбулаторной помощью)	1,5 ⁵	1,0 (лучшие)
<i>Доступность медицинской помощи для населения</i>			
11	Доля застрахованного населения	~100%	100% (большинство стран)

Продолжение табл. 6

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Доступность медицинской помощи для населения</i>			
12	Доля личных расходов на здравоохранение в структуре расходов на здравоохранение	34%	26%
13	Доля пациентов, которые могут увидеть ВОП (или участкового врача) в тот же или на следующий день после возникновения заболевания	65% ⁶	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% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	75–80% ⁷	Не более 3–5% (лучшие)
18	Доля домохозяйств, несущих «катастрофические» расходы, т.е. более 30% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание)	9% ⁸	3%
19	Доля длительно незаполненных вакансий из всех имеющихся в здравоохранении	20% ⁹	14%

Продолжение табл. 6

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Качество и безопасность медицинской помощи</i>			
20	Профилактика: распространенность табакокурения среди взрослого населения	50%	24%
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 (нестандартизованный показатель)	20%	7,7%
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 от общего числа пациентов, имеющих риск их развития	Не измеряется	5%

Продолжение табл. 6

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Качество и безопасность медицинской помощи</i>			
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%
31	Стандартизованный (по полу, возрасту, диагнозу и длительности пребывания в стационаре) коэффициент летальности в стационаре (отношение фактической летальности к ожидаемой)	Не измеряется	85%
<i>Экономическая эффективность</i>			
32	Макроэффективность: соотношение государственных вложений в здравоохранение и показателей здоровья населения	Самая низкая из всех стран ОЭСР, имеющих близкие подушевые расходы на здравоохранение (Польша, Турция), (см. рис. 12)	При вложениях от 1500 до 2000 \$ППС имеют ОПЖ 78–79 лет, (Финляндия, Испания, Португалия, Новая Зеландия) ¹⁰ , (см. рис. 12)
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 1000 населения	7,8	3,8

Продолжение табл. 6

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Экономическая эффективность</i>			
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% ежегодного роста (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	Мониторятся практически во всех странах
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	23
41	Использование современных медицинских технологий: число МРТ-аппаратов на 1 млн населения	2,3	11
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	267

Окончание табл. 6

№	Показатель	Значение в РФ	Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе)
<i>Способность системы к улучшению и внедрению инноваций</i>			
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 Рассчитано по числу инвалидов трудоспособного возраста. Реальный показатель может быть выше.

² ВЦИОМ. – М., 2006.

³ ЗАО «СК «Самара-Мед»» 2009, анкетирование застрахованных.

⁴ С.В. Шишкин (2007).

⁵ По данным исследования НОБУС, РМЭЗ (Шишкин С.В., 2007).

⁶ 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).

⁷ Рассчитано по средним значениям расходов домохозяйств с различными доходами (Шишкин С.В., 2007).

⁸ По данным обследования НОБУС, РМЭЗ (Шишкин С.В., 2007).

⁹ Рассчитано экспертно по данным Минздравсоцразвития России.

¹⁰ Оценено по показателю наименьших государственных подушевых расходов (от 1500–2000 \$ППС) для достижения средних значений ОПЖ (78–79 лет) и общего коэффициента смертности (8,6) для стран ОЭСР.

ВЫВОДЫ ПО РАЗДЕЛУ

«Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ»

- ▶ Существует прямо пропорциональная зависимость между показателями здоровья населения (ожидаемой продолжительностью жизни и общим коэффициентом смертности) и подушевым государственным финансированием здравоохранения. Это доказывает, что недофинансирование российского здравоохранения на протяжении последних 17 лет во многом обусловило ухудшение показателей здоровья населения в РФ и что без увеличения государственного финансирования до 1100–1200 \$ППС (т.е. в 2 раза) **невозможно** добиться показателей здоровья, запланированных руководством страны к 2020 году.
- ▶ Главными проблемами российского здравоохранения являются: недофинансирование, несправедливое распределение ресурсов здравоохранения между различными регионами РФ и между населением, проживающим в городских и сельских условиях и неравное бремя личных расходов на оплату медицинской помощи бедных и богатых слоев населения. Также имеются следующие проблемы: слабая ориентированность системы здравоохранения на нужды пациентов; недостаточные квалификация медицинских кадров и их мотивация к качественному труду; неэффективное управление, в том числе в части планирования объемов медицинской помощи и стратегического развития отрасли.
- ▶ Для решения этих проблем требуются системные, целенаправленные и скоординированные мероприятия на долгосрочный период, т.е. Стратегия развития здравоохранения до 2020 г., разработку которой необходимо завершить в кратчайшие сроки и утвердить безотлагательно.

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

В данном разделе в монографии на основании существующих прогнозов Росстата до 2020 года проанализированы демографические и эпидемиологические вызовы, а также экономические, социальные, технологические и экологические факторы, влияние которых скажется на системе здравоохранения. Изучены ожидания заинтересованных сторон, которые необходимо учесть при формировании Стратегии здравоохранения на долгосрочный период. В краткой версии представлены только анализ экономических вызовов и общие выводы по разделу.

Экономические вызовы

Прогнозируемое **снижение числа лиц трудоспособного возраста** вместе 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

¹ Политический деятель, философ и писатель (ок. 4 г. до н.э. — 65 г. н.э.).

не могут быть реализованы, поскольку сегодня до 65 лет доживают менее 50% мужчин (рис. 17). Именно поэтому важнейшим условием реализации названного предложения являются увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья мужчин трудоспособного возраста.

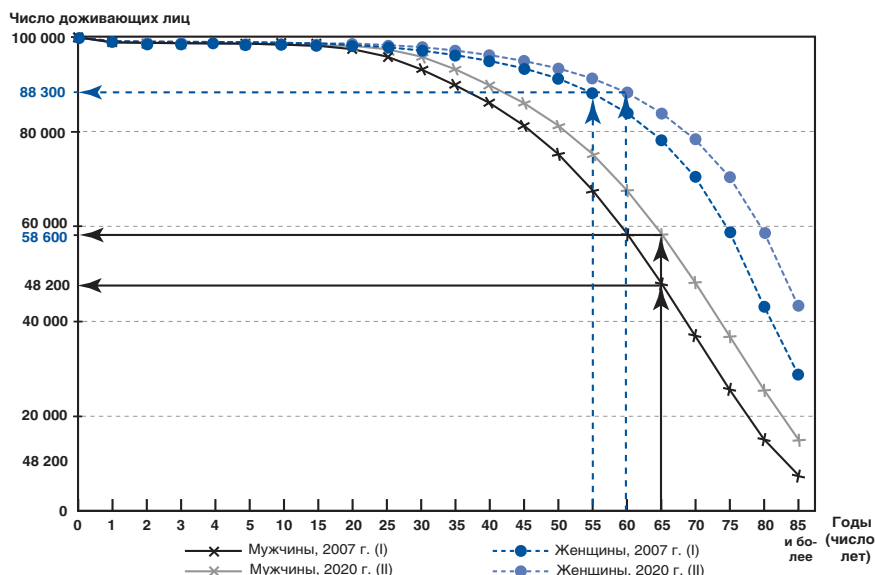


Рис. 17. Зависимость числа доживающих до определенного возраста от величины самого возраста жизни по 2 вариантам:

I вариант — 2007 г.; II вариант — 2020 г. (при условии увеличения ОПЖ на 5 лет)

На рисунке 17 показано, что если к 2020 г. продлить ОПЖ мужчин на 5 лет, то до 65 лет (минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах) будут доживать уже почти 60% мужчин (II вариант кривой), а не 48%, как сегодня (I вариант кривой).

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 и эпидемиологические (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 — существенное повышение качества медицинской помощи, вежливость и внимание медицинского персонала, снижение очередности на получение медицинской помощи и снижение платности медицинских услуг;
- ▶ для медицинских работников — увеличение заработной платы и ее дифференциация в зависимости от интенсивности и качества труда, а также расширение возможностей для непрерывного повышения квалификации.

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

Нильс Бор¹

РАЗДЕЛ 5

Уроки реформирования отечественного и зарубежного здравоохранения

В этом разделе в монографии проанализирован опыт РФ (включая советский период) и зарубежных стран (страны ОЭСР и Китай). Приведен как позитивный опыт (достижение лучших результатов), так и примеры решений, приводящих к негативным последствиям. Материалы раздела представлены в форме ответов на вопросы (их всего 20), каждый из которых завершается уроками и рекомендациями.

В краткой версии сокращенно рассмотрено только несколько вопросов: «Каким должен быть баланс между государственным и частным финансированием здравоохранения»; «На какой модели финансирования остановить выбор»; «Как повысить квалификацию медицинских кадров»; «Лучшая модель организации медицинской помощи» и «Уроки ПНП “Здоровье”».

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 работодате-

¹ Выдающийся датский физик-теоретик и общественный деятель (1885–1962).

лей, уплачиваемые в систему ДМС¹, а также личные средства населения. За рубежом последние подразделяются: на официальную сооплату 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.

ДМС в этих странах направлено 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, Германии) ДМС направлено также на полное страхование части населения.

Как уже указывалось, общественные источники доминируют в общих расходах на здравоохранение и составляют в среднем 73% в большинстве стран с развитой рыночной экономикой. Доля соплатежей населения выросла за последние 10 лет, но в среднем не превышает 20% общих расходов на здравоохранение; на средства ДМС приходится 5% общих средств (в РФ ~ 3%). 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, в которых государственные расходы на здравоохранение составляют более 80%, а удовлетворенность насе-

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.

ния качеством медицинской помощи — 70–80%, одна из самых высоких среди стран ОЭСР (Leatherman S. et al., 2005).

В США только 27% населения подлежит страхованию через государственные программы. Для остальной части населения (73%) предлагается система ДМС. Однако из-за непомерно высоких затрат на этот вид страхования 16% населения (50 млн человек) оказались вообще незастрахованными — преимущественно представители малого бизнеса (АМА, 2008). Многие эксперты считают, что сложности в оплате высоких взносов на ДМС малым бизнесом в США являются косвенным препятствием для его дальнейшего развития. Именно поэтому сегодня в США Администрацией Президента Б. Обамы обсуждается реформа страхования.

О том, сколько надо тратить на душу населения в год из государственных источников, для достижения целевых показателей здоровья населения к 2020 г., а именно ОПЖ в 73 года и ОКС — 11,0 (см. раздел 3 стр. 31).

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% всех расходов.

Рекомендации для России

Во-первых, нельзя отказываться от существующей для всех граждан солидарной системы финансирования здравоохранения в пользу ДМС (которое обеспечивает страхование только для отдельных категорий граждан 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%. В-третьих, в целях ликвидации практики неофициальных платежей и нерегулируемых платных услуг за обслуживание в государственных и муниципальных медицинских учреждениях страны возможно предусмотреть введение фиксированных соплатежей пациентов за медицинские услуги (с освобождением от них определенных категорий населения).

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; функции аккумулирования и оплаты (закупки) медицинских услуг возложены 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, аккумулирования 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.

Принципиальных преимуществ та или иная модель по отношению к другой не имеет.

Бюджетная модель проще в управлении, так как существует единая вертикаль управления денежными средствами и поставщиками медицинских услуг, большинство из которых находятся в государственной или муниципальной собственности. С другой стороны, отсутствие разделения между покупателями медицинских услуг и поставщиками этих услуг (т.е. когда собственник учреждений сам же и распределяет денежные средства на оказание медицинской помощи) 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, направленные на повышение эффективности закупки ме-

дицинских 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.

Следующим направлением 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).

Преимуществами в странах с моделью ОМС являются наличие независимого источника финансирования здравоохранения — страховых взносов (в бюджетной модели ежегодно приходится отстаивать средства здравоохранения у других отраслей, финансируемых из бюджетов) 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 в 2 раза больше, чем в бюджетной модели (4–5% против 2–3%). В этой системе возможность 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 координации медицинской помощи и росту расходов на ее оказание.

В странах с моделью ОМС в целях повышения эффективности работы фондов страхования (или СМО) и снижения расхо-

дов на медицинскую помощь государство проводит следующую политику: укрупнение СМО до нескольких основных с региональными отделениями; разрешение конкуренции между ними, расширение функций и ответственности страховщиков. Например, разделение финансовых рисков между ними и поставщиками услуг, а также финансирование СМО профилактических мероприятий и программ по контролю над хроническими заболеваниями.

Следует отметить, что в обеих моделях средства на оплату всех видов медицинской помощи консолидируются преимущественно в одной структуре — центральном (и/или территориальном) страховом фонде или территориальном органе управления здравоохранением, т.е. направляются на оплату медицинской помощи из одного источника. Страховые фонды покрывают стоимость услуг поставщиков практически полностью, т.е. включают все статьи затрат. Отдельной статьей 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, 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 системы одного плательщика возможно использование опыта рыночных механизмов в управлении, но при одновременном жестком регулировании со стороны государства.

Как повысить квалификацию медицинских кадров в здравоохранении

Для анализа путей повышения квалификации медицинских кадров необходимо перечислить факторы, которые определяют этот процесс и влияют на него (рис. 18).

С изменением внешних условий деятельности медицинских работников меняются и требования к качеству их образования; среди них можно выделить следующие.

► Повышение требований к качеству базового медицинского образования (большая практическая направленность, внедрение современных технологий преподавания, внедрение систем управления качеством образования) и увеличение сроков послевузовской подготовки врачей.

► Ужесточение требований к допуску врачей к практической деятельности — обязательное прохождение послевузовской подготовки в течение 2–6 лет, в зависимости от специальности с присвоением квалификации специалиста.

► Развитие системы непрерывного медицинского образования (НМО), т.е. повышение квалификации, должно проходить не периодически (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).

► Переход НМО из моральной обязанности медицинских работников в законодательно закреплённую норму, предусматривающую санкции за ее несоблюдение. Реализуется это через

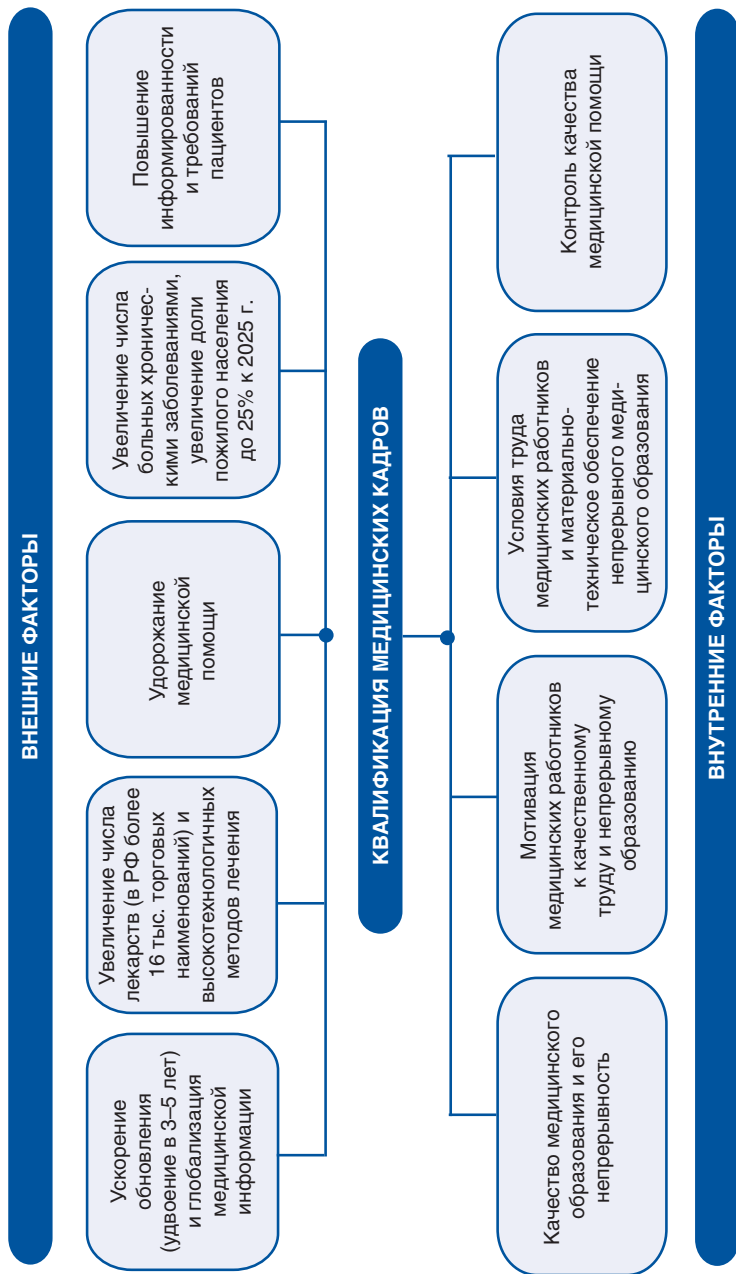


Рис. 18. Основные факторы, влияющие на квалификацию медицинских кадров

такие механизмы, как лицензирование врачей, заключение контрактов с медицинскими работниками и др. (Milgate K. et al., 2007).

► Усиление регулирующей роли государства над качеством последипломного образования и расширение государственного контроля над КМП.

► Активное использование в образовании электронных информационных и телекоммуникационных технологий. 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 (Peck C. 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.**

Уроки

В большинстве развитых стран в повышении квалификации медицинских кадров акцент сделан на повышение качества базового медицинского образования; на развитие системы непрерывного медицинского образования (путем ежегодного накопления установленного числа средств, в том числе с использованием дистанционных технологий). А также акцент на современное информационное обеспечение медицинских работников на рабочих местах: доступ к электронным медицинским библиотекам, системам поддержки принятия клинических решений, клиническим рекомендациям профессиональных медицинских обществ. Важнейшим элементом в оценке качества подготовки врачей является контроль КМП.

Рекомендации для России

Необходимо постоянно улучшать качество базового медицинского образования, ужесточать требования допуска к практической деятельности путем удлинения, а не сокращения сроков послевузовской подготовки (см. раздел 6, стр. 73), развивать систему непрерывного медицинского образования. Необходимо также внедрить преподавание с помощью дистанционных технологий и обеспечить медицинских работников современными руководствами и клиническими рекомендациями на рабочих местах. В каждой МО любого уровня нормативно закрепить обязательное наличие профессиональной медицинской библиотеки с постоянно обновляемым фондом.

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 на 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 уровни¹ в движении больных, координация медицинской помощи участковыми врачами. Одно из лучших достижений в организации советской медицины — это поликлиники, 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 в определенной степени на его семью.

¹ 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.

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 и ассоциации (Великобритания, Новая Зеландия, Австралия). В США правительство активно пропагандирует и поддерживает создание «медицинских домов»¹. Во многих таких объединениях дополнительными медицинскими работниками являются психотерапевты и медико-социальные работники (США, Австралия, Новая Зеландия), консультанты по вопросам психического здоровья (Великобритания).

Следует отметить также 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 (по примеру Канады, Австралии, Финляндии). Многие функции ВОП по наблюдению за пациентами и управлению хроническими заболеваниями передаются специально обученным медицинским сестрам, в том числе по патронажу

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.

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). Это в три раза меньше той нагрузки, которую несут сегодня в РФ участковые врачи и ВОП (30 консультаций в день). Это позволяет зарубежным врачам оказывать более квалифицированную и в большем объеме медицинскую помощь своим пациентам в амбулаторных условиях.

Урок

Вложения в развитие комплексной, интегрированной и координированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи способствуют улучшению здоровья населения и снижают неравенство в показателях здоровья населения, а также 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 сконцентрировать внимание на совершенствовании работы существующих поликлиник, укомплектовании их медицинскими кадрами, расширении профессиональной компетенции участковых врачей и участковых медицинских сестер; на повышении их квалификации. Не допустить разрушения фельдшерско-акушерской службы в сельской местности и, где это оправданно, создавать условия для работы ВОП (например, в сельской местности) при условии сохранения педиатрической службы. Способствовать восстановлению производственной и школьной медицины.

Уроки приоритетного национального проекта «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.

Направления проекта представлены на рис. 19.

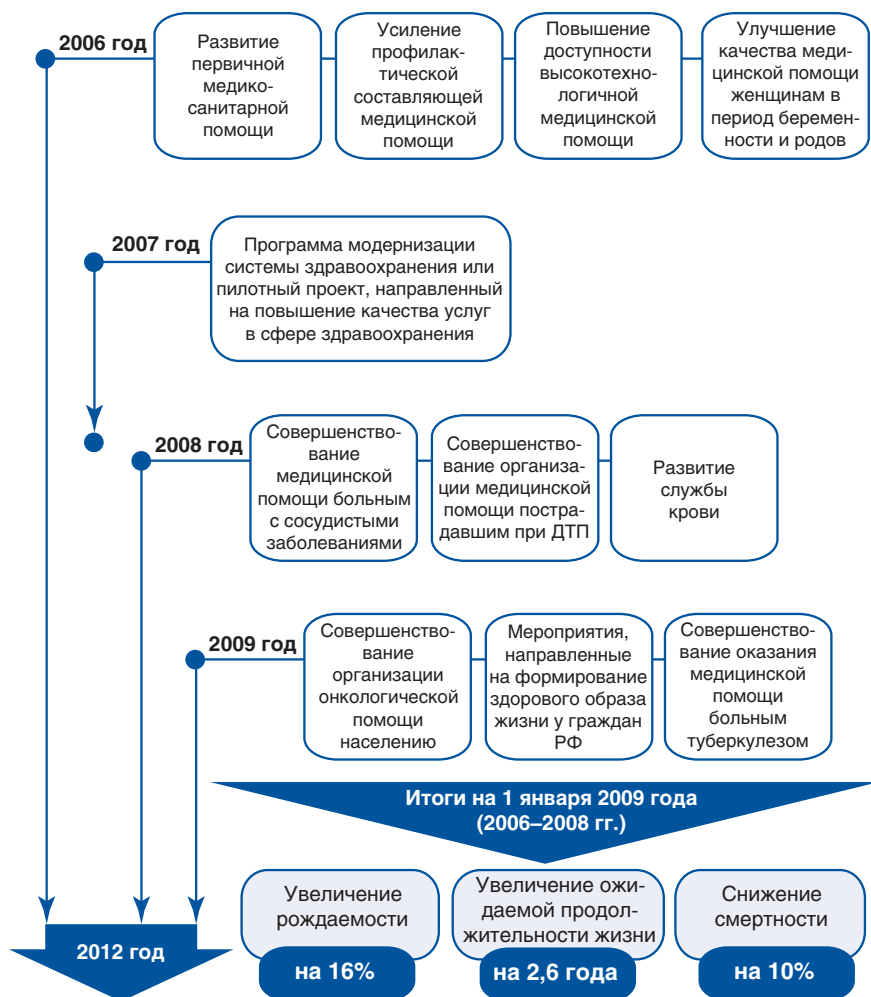


Рис. 19. Основные направления реализации ПНП «Здоровье» в 2006–2009 гг. и итоги на 1 января 2009 г.

ПНП «Здоровье» показал, что ежегодное дополнительное увеличение государственного финансирования здравоохранения (в среднем на 10% в год с 2006 по 2008 г.) обеспечило реальное улучшение здоровья населения РФ — ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 2,6 года; общий коэффициент смертности понизился на 10%. Ежегодное снижение смертности позволило сохранить за 3 года 540 тыс. жизней российских граждан.

Вместе с тем следует отметить и **недостатки в реализации проекта — акцент был 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. 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% 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 на основании процедуры открытых конкурсов или по утвержденному, например 10-летнему, плану поэтапного технического перевооружения отрасли, в котором предусмотрены интересы населения всех субъектов РФ.

Уроки

Политическая воля — важнейший фактор, стимулирующий системные преобразования в отрасли. Увеличение финансирования здравоохранения — главное условие для улучшения здоровья населения РФ. Даже такие небольшие ежегодные дополнительные вложения в здравоохранение (10% или 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. (см. раздел 7, стр 78) **необходимо продолжить основные направления национального проекта «Здоровье», интегрировав его в Стратегию развития здравоохранения и поэтапно к 2014 году увеличив финансирование здравоохранения в 2 раза.** 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 предвещать 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.

В данном разделе в монографии приводится анализ «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.», «Программы антикризисных мер Правительства РФ на 2009 г.» (в части здравоохранения); предложений ГУ-ВШЭ и Всемирного банка модернизации здравоохранения РФ, а также проекта «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.», подготовленного Минздравсоцразвития РФ.

Краткая версия содержит только анализ недостатков предложений ГУ-ВШЭ и Всемирного банка по реформированию здравоохранения, а также анализ «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.».

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, недостаточны, а иногда неприемлемы для нашей страны. Например, для обеспечения равенства регионов в финансировании ПГГ предлагается сократить различия только до 2–3 раз (!) путем аккумулирования больших объемов средств в ФОМС. Во-первых, различия в финансовом обеспечении ПГГ (с учетом выравнивания рисков) не должны превышать 10–15% по субъектам РФ, как это имеет место в странах ЕС и ОЭСР. 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 работодателям 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 населению, 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.

Необоснованны также предложения по объединению взносов ОМС и ДМС в одной СМО по единой программе страхования. Во всех без исключения странах ОЭСР, финансирующих здравоохранение по модели 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.

¹ Любая налоговая льгота — это скрытый бюджетный расход.

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 и повышению приверженности населения к здоровому образу жизни; централизация доходных источников в системе ОМС и организация одноканального финансирования поставщиков медицинских услуг; внедрение рыночных инструментов управления.

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, предложение по увеличению государственного финансирования здравоохранения РФ с доведением его до 6% ВВП запланировано только к 2020 г., что не позволит добиться существенного улучшения показателей здоровья населения, запланированных Правительством РФ к этому сроку.

Проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.»

В данном документе представлены важнейшие предложения по увеличению государственного финансирования здравоохранения, развитию системы охраны здоровья, конкретизации ПГГ и повышению квалификации медицинских кадров.

Однако практически не раскрыты механизмы реализации перечисленных задач. Некоторые предложения по системе организации медицинской помощи крайне неоднозначны — например, касаю-

щиеся организации трех «саморегулируемых и конкурирующих» между собой уровней медицинской помощи, развития ПМСП преимущественно в направлении только профилактической помощи, а также создания «службы маршрутизации» больных.

Абсолютно неприемлемыми являются предложения по сокращению до 5–6 лет сроков базового медицинского образования с отменой обязательной послевузовской подготовки врачей общего профиля и ВОП. Это противоречит существующей законодательной базе¹, общемировым тенденциям по удлинению сроков обязательной послевузовской подготовки и ужесточению правил допуска к самостоятельной практической деятельности (табл. 7), а также интеграции российского медицинского образования с международным. Для укомплектования амбулаторно-поликлинических учреждений врачами необходимо сосредоточиться не на ускоренном выпуске врачей-недоучек, а на повышении заработной платы медицинским работникам и создании нормальных условий труда в поликлиниках (см. раздел 3, стр. 41). Такое «нововведение» приведет только к ухудшению качества лечения пациентов, которое и так сегодня отстает от международного уровня (см. раздел 3, стр. 45–46).

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.

Неприемлемыми для РФ являются и последние предложения Минздравсоцразвития РФ по отмене лицензирования МО², что может привести к резкому ухудшению качества медицинской помощи. Современная тенденция в странах с развитой рыночной экономикой — усиление государственного контроля КМП, в том числе через лицензирование или аккредитацию МО.

¹ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г. и Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» № 125-ФЗ от 22 августа 1996 г.

² Газета «Известия». Укол без лицензии. — март, 2010. — <http://www.izvestia.ru/wellness/article3139794/>.

Таблица 7

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) предоставлена 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 после-вузовское 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 последующей годичной подготовке (интернатуре). Общая тенденция для стран ЕС 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) длительно 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 специализацию. Образование предоставляется академическими институтами и профессиональными медицинскими ассоциациями. Число специальностей и субспециальностей варьирует

Продолжение табл. 7

Непрерывное медицинское образование (НМО)	Начинается после окончания вуза и получения обязательного послевузовского образования и продолжается в течение всей профессиональной карьеры. Общая тенденция — ежегодное получение образования и учет его в форме кредитов. Получение НМО учитывается при ресертификации и релицензировании врачей. Программы по НМО предоставляются академическими институтами и профессиональными обществами. В последние годы заметно уменьшается роль фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования в НМО
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 ранее 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 лицензии, чаще всего уполномочена применять санкции (например, приостановление действия лицензии) в случае, если есть сомнения в осуществлении врачом надлежащей практики

Окончание табл. 7

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

Чтобы прийти до цели, надо прежде всего идти.

Оноре де Бальзак

РАЗДЕЛ 7

Общие положения Стратегии

В этом разделе в монографии представлены цели, принципы формирования, структура и приоритеты «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 г.».

В краткой версии приводятся только принципы формирования и цели Стратегии.

Принципы формирования 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.

Цели Стратегии

Главными целями системы здравоохранения, по определению ВОЗ (2000), являются: улучшение здоровья населения, ориентированность 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.». Это:

► Увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет.

► Снижение общего коэффициента смертности до 11,0.

Согласно рекомендациям ВОЗ, дополнительно необходимо поставить следующие цели:

► 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%.

Всех этих целей невозможно достичь без удвоения государственного финансирования здравоохранения в сроки до 2014 г. (см. раздел 3, стр. 29–40, и раздел 8, стр. 79–82).

Наш прогресс проверяется не увеличением изобилия у тех, у которых уже имеется много, а тем, способны ли мы достаточно обеспечить тех, кто имеет слишком мало.

Теодор Рузвельт¹

РАЗДЕЛ 8

Основные направления реализации Стратегии

В данном разделе в монографии 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, которые необходимо достичь к определенному сроку, и перечнем механизмов для ее решения.

В краткой версии представлен только сводный перечень задач.

Сводный перечень задач

Совершенствование системы финансирования здравоохранения (задачи 1—7)

Задача 1. Увеличить объемы финансирования государственной системы здравоохранения минимум в 2 раза к 2014 году.

Задача 2. Создать условия для справедливого распределения бремени расходов на медицинскую помощь между бедными и богатыми слоями населения.

¹ 26-й Президент США (1858—1919).

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. В том числе актуализировать нормативы обеспеченности населения коечным фондом (по профилю).

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, в том числе существенно расширить целевые программы, направленные на охрану материнства и детства.

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.

Трудно — не означает: невозможно.

С.Д. Довлатов¹

РАЗДЕЛ 9

Порядок реализации Стратегии

В этом разделе в монографии приведены данные по особенностям реализации Стратегии в период экономического кризиса, по порядку обсуждения Стратегии, этапам и порядку ее реализации, а также путям нивелирования возможных рисков.

В краткой версии приводятся сокращенные данные по особенностям реализации Стратегии в период экономического кризиса и примеры ответов оппонентам Минздравсоцразвития РФ при обсуждении вопроса об увеличении государственных расходов на здравоохранение.

Особенности реализации Стратегии 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

¹ Русский писатель и журналист (1941–1990).

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 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 свыше 220 млн заболевших 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. **Действовать надо смело, компетентно и системно.**

Направления реализации Стратегии в период экономического кризиса

В этот период необходимо:

1) вкладывать средства только в экономически эффективные меры, например в повышение квалификации медицинских кадров и обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях,

а не в закупку дорогостоящего оборудования и капитальное строительство;

2) способствовать занятости населения РФ; например, из числа безработных можно было бы подготовить работников медико-социальной службы и помощников-секретарей врачей;

3) установить контроль над издержками, например над наличием тепло- и энергосберегающих мер в ЛПУ;

4) принять Стратегию развития здравоохранения.

Порядок обсуждения Стратегии

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 населения. Экономический рост невозможен без улучшения здоровья населения. Эффективность вложений в здравоохранение составляет 200% (подробно 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 (Франция, Германия, Нидерланды, Австрия и др.)

работник и работодатель отчисляют в систему солидарного обязательного страхования совместно не менее 13–15% ФОТ (в РФ — 3,1% ФОТ, с 2011 г. — 5,1%), при этом государственная система здравоохранения еще дополнительно финансируется 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, а также за счет 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.

*Область медицины обширна, как сама жизнь,
неправильности которой вызывают болезни.*

Г.А. Захарьин¹

РАЗДЕЛ 10

Ожидаемые от реализации Стратегии эффекты

В данном разделе в монографии 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.

В краткой версии приводятся только некоторые ключевые данные по оценке экономической эффективности вложений в здравоохранение.

Влияние здравоохранения на экономическое развитие

Прямой вклад от улучшения здоровья населения в экономику складывается из следующих составляющих: 1) снижение смертности трудоспособного населения; 2) снижение числа дней нетрудоспособности и 3) продление трудоспособного возраста населения. Ниже перечислены расчеты экономической выгоды от всех трех составляющих.

¹ Выдающийся русский врач-терапевт (1829—1897).

1. 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.

Методика расчета¹. Можно посчитать этот дополнительный вклад 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.

2. 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 или 2,9% ВВП 2008 г.

Методика расчета. На рисунке 20 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 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%.

3. 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 наукоем-

¹ Приведенная здесь и далее методика расчета позволяет сделать оценки с точностью $\pm 10\text{--}15\%$.

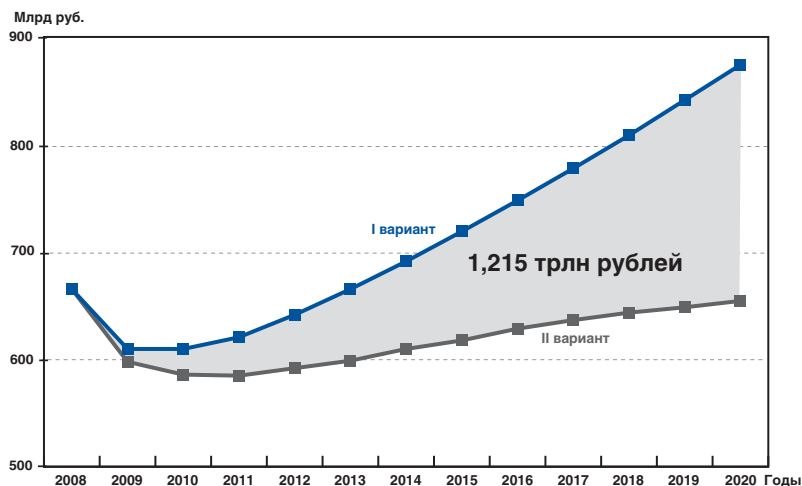


Рис. 20. Динамика потерь ВВП при 2 вариантах расчета числа дней нетрудоспособности в год

ких 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. 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, у 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.

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. 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. 21): I вариант — поэтапный рост финансирования здравоохранения до 6% ВВП к 2012 году с последующим сохранением этого уровня финансирования; II вариант — финансирование на уровне 3,5% ВВП (динамика роста ВВП представлена на стр. 88).

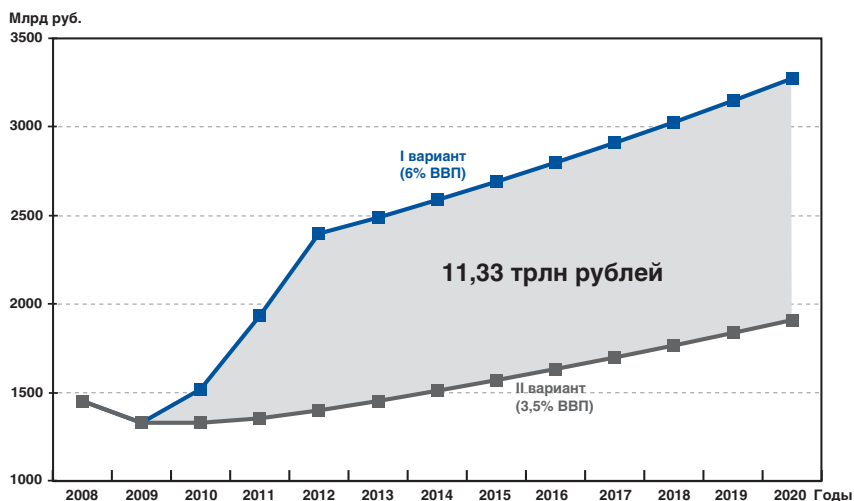


Рис. 21. Динамика расходов на здравоохранение по 2 вариантам

Можно рассчитать рентабельность (окупаемость издержек), которая является показателем экономической эффективности производства и рассчитывается путем отношения прибыли к сумме произведенных затрат. Рентабельность вложений в здравоохранение России будет равняться $200\% [(34,8 - 11,33) / 11,33 \times 100\% = 207\%$, где 34,8 трлн руб. — доходы от вложений в здравоохранение].

Выгоды от реализации Стратегии для заинтересованных сторон

В таблице 8 приводится краткое описание этих выгод для основных участников системы здравоохранения.

Таблица 8

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 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)

ВЫВОДЫ

1. Основные причины ухудшения здоровья населения России (произошедшего в период с 1990 по 2006 г.) связаны с низкой приверженностью здоровому образу жизни (высокой распространенностью алкоголизма и табакокурения); низкой доступностью медицинской и профилактической помощи населению; неудовлетворительными условиями труда на производстве; а также отсутствием государственных межведомственных программ, направленных на охрану здоровья населения.

2. Основные причины существенного неравенства в показателях здоровья между населением, проживающим в различных субъектах РФ, и между жителями города и села обусловлены меньшей доступностью медицинской помощи в относительно бедных субъектах РФ и на селе. Больше половины населения РФ (65% населения, получающего подушевые доходы менее 15 тыс. руб. в месяц) имеют существенные ограничения в получении медицинской помощи из-за недостатка личных средств на ее оплату.

3. Главная проблема российского здравоохранения — недофинансирование из государственных источников как минимум в 2 раза и несправедливое распределение государственных средств на медицинскую помощь между регионами, городом и сельской местностью.

4. Кроме того, существуют следующие ключевые проблемы здравоохранения РФ:

- **Несоответствие предоставляемых объемов медицинской помощи населению возросшим потребностям в ней** — уровень общей заболеваемости населения, коррелирующий со смертностью, с 1990 по 2008 г. возрос на 46%, а нормативы объемов медицинской помощи по программе госгарантий не увеличились.

- **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 программу госгарантий и к неэффективному расходованию государственных средств.

- **Неэффективное кадровое и материально-техническое обеспечение системы здравоохранения.** В РФ нет переизбытка медицинских кадров, а имеет место их неоптимальная структура — избыток врачей узких специалистов и недостаток врачей первичного звена (как минимум в 1,7 раза). Низкая заработная плата медицинских работников (на 30% ниже, чем средняя заработная плата по РФ) определяет низкую мотивацию к качественному труду и отток кадров из отрасли.

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 неудовлетворительное материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения.

- **Неэффективная организация медицинской помощи:** низкая доступность первичной медико-санитарной помощи, особенно для работающих категорий населения 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, коррупционноремкие инвестиционные расходы (строительство и закупку дорогостоящего оборудования) вместо развития кадрового потенциала и государственных закупок лекарственных средств.

- **Неэффективное управление системой здравоохранения,** которое проявляется в отсутствии стратегического планирования и ответственности руководителей всех уровней за достижение результатов, а также в недостаточном использовании экономически эффективных инструментов управления и низкой научной обоснованности принимаемых решений. Все это приводит к неэффективному расходованию государственных ресурсов и снижению авторитета государственной власти.

5. Дополнительное финансирование здравоохранения за счет федерального бюджета в среднем на 10% ежегодно с 2006 по 2008 г. **в рамках ПНП «Здоровье»** позволило сохранить **500 тыс. жизней** наших граждан, увеличить ожидаемую продолжительность жизни на **2,6 года** и повысить рождаемость **на 16%**. Это показывает эффективность увеличения государственного финансирования здравоохранения при условии жесткого контроля со стороны первых лиц государства.

Что надо делать

1. Достижение целей, поставленных Президентом и Правительством РФ, по улучшению здоровья населения (увеличение ожидаемой продолжительности жизни **до 73 лет** и снижение общего коэффициента смертности **до 11,0 к 2020 г.**) **возможно только при увеличении государственного финансирования здравоохранения в 2 раза по отношению к 2008 году.**

2. Для обеспечения доступности медицинской помощи для большинства населения РФ **доля государственных (солидарных) расходов должна составлять не менее 80%** от общих расходов на здравоохранение.

3. Источниками увеличения государственных расходов на здравоохранение могут стать: **введение прогрессивной шкалы** налогообложения и страховых взносов (общепринятых в развитых странах), а также **рост в 3–4 раза** акцизов на алкоголь и табак; нормирование (в долях от ВРП или от консолидированного бюджета) отчислений регионов на здравоохранение.

4. Главными направлениями Стратегии развития здравоохранения должны стать:

- **эффективное и справедливое распределение ресурсов** здравоохранения между субъектами РФ путем установления одного плательщика в лице системы ОМС и централизации большей доли средств в Федеральном фонде ОМС;
- **повышение заработной платы медицинских работников в 2 раза** и повышение уровня их квалификации;
- **адаптация существующей (советской) системы организации медицинской помощи к современным условиям**, приоритет развития амбулаторно-поликлинической службы и лекарственного обеспечения населения, восстановление производственной и школьной медицины;
- **повышение эффективности управления**, в том числе внедрение рыночных инструментов управления, расширение автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника). Усиление ответственности и публичной отчетности руководителей за реализацию целей и задач Стратегии;
- **межведомственные программы по охране здоровья населения.**

5. Увеличение финансирования и повышение эффективности здравоохранения позволят к 2020 г. дополнительно сохранить **5 млн жизней** российских граждан и обеспечить продление ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин минимум **на 5 лет**. Только в этом случае возможно поэтапное увеличение пенсионного возраста на 5 лет (до 65 лет для мужчин и до 60 лет для женщин) — до минимального пенсионного возраста, принятого во всех развитых странах. Сегодня в РФ до **65 лет** доживают только **48% мужчин** и **84% женщин** — **до 60 лет**. Увеличение пенсионного возраста является главным резервом трудовых ресурсов в РФ, который может обеспечить **ежегодный рост ВВП на 6% до 2020 г.**

6. Рентабельность дополнительных вложений государственных средств в систему здравоохранения и охрану здоровья населения страны составляет **200%**. Это значит, что **1 рубль**, дополнительно вложенный государством на эти цели, может обеспечить рост ВВП на **3 рубля**.

7. В условиях экономического кризиса увеличение финансирования здравоохранения будет способствовать **поддержанию социальной и политической стабильности** в стране.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вишневский А.Г., Бобылев С.Н. Россия перед лицом демографических вызовов. Проект доклада о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации / под ред. А.Г. Вишневского. — М., 2008. — 257 с.
2. ВЦИОМ. Оценка удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, оказываемых гражданам Российской Федерации в рамках Базовой программы обязательного медицинского страхования. Отчет по результатам общероссийского опроса населения. — М.: ВЦИОМ, 2006. — 117 с.
3. 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.
4. Демографический ежегодник России. 2009: статистический сборник. — М.: Росстат, 2009. — 557 с.
5. Здравоохранение в России. 2009: статистический сборник. — М.: Росстат, 2009. — 355 с.
6. Колосникова М.Г., Шейман И.М. и др. Экономика здравоохранения: учебное пособие / под ред. М.Г. Колосниковой и др. — М.: ГУ-ВШЭ, 2009. — 479 с.
7. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. — М.: Либроком, 2009. — 320 с.
8. Нигматулин Б.И., Нигматулин Р.И. Кризис и модернизация России — Тринадцать теорем. — М., 2009. — Электронная версия: <http://www.nigmatulin.ru>. — 48 с.
9. РМЭЗ. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения. — М.: ГУ ВШЭ, 2005.
10. Российский статистический ежегодник. 2009: статистический сборник. — М.: Росстат, 2009. — 847 с.
11. Сегодня актуальнее, чем когда-либо: первичная медико-санитарная помощь: доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. — Женева: ВОЗ, 2008. — 125 с.
12. Системы здравоохранения: время перемен. Германия / Р. Буссе, А. Разберг. — Копенгаген, ВОЗ, 2004. — 232 с.
13. Системы здравоохранения: время перемен: Нидерланды / Р. Буссе, А. Разберг. — Копенгаген, ВОЗ, 2004. — № 6. — 141 с.
14. Шишкин С.В. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. — Независимый институт социальной политики. — М., 2007. — 52 с.
15. 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. — № 1. — P. 21.
16. 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.
17. Health at a Glance. — OECD: France, 2009. — 200 p.
18. 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.
19. McKee M., Healy J. Hospitals in a Changing Europe. — Buckingham, 2002. — 295 p.
20. Milgate K., Cheng S.B. Pay For Performance: The MedPAC Perspective // *Health Affairs*. — 2007. — Vol. 25. — № 2. — P. 413–421.
21. OECD in Figures 2009: OECD Observer. — Paris, 2009. — 92 p.
22. Peck C. et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons // *BMJ*. — 2000. — Vol. 320. — P. 432–435.
23. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. — Geneva, WHO, 2005. — 128 p.
24. Starfield B. et al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. — Baltimore: Blackwell Publishing, 2005. — Vol. 83. — № 3. — P. 457–502.
25. 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. — № 3. — P. 359–396.



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Книги издательской группы «ГЭОТАР-Медиа»

№	Наименование	Цена, руб.*	Цена с учетом доставки (предоплата)*	Цена с учетом 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	Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Улумбекова Г.Э. 2010 г., 592 с., переплет.	585	651	796
3	Гражданин доктор. Перельман М.И. 2009 г., 752 с., переплет.	910	1060	1116
4	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, (499) 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» 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 22.03.2010 г. В дальнейшем возможно изменение цен с учетом инфляции.