

УДК 614.2(470+571)  
ББК 51.1 (2Рос)  
У49

**Улумбекова, Г. Э.**

У49 Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» на вызовы системе здравоохранения / Г. Э. Улумбекова. — М. : Литтерра, 2011. — 104 с. : ил.

ISBN 978-5-4235-0050-4

В данном издании анализируются ключевые вызовы, стоящие перед системой здравоохранения РФ, и ответы на то, отвечает ли законопроект на эти вызовы. Приведены обоснования основных направлений развития и необходимых дополнительных вложений в здравоохранение на ближайшие 10 лет. Дана оценка эффективности этих затрат.

Издание предназначено организаторам здравоохранения, медицинским работникам, экономистам, преподавателям медицинских и экономических вузов.

УДК 614.2(470+571)  
ББК 51.1 (2Рос)

© Улумбекова Г.Э., 2011  
© ООО «Издательство «Литтерра», 2011  
ISBN 978-5-4235-0050-4  
© ООО «Издательство «Литтерра», оформление, 2011

---

*Научное издание*

**КАК ОТВЕЧАЕТ ЗАКОНОПРОЕКТ  
«ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»  
НА ВЫЗОВЫ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Улумбекова Гузель Эрнстовна**

Подписано в печать 30.08.2011. Формат 60 × 90 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная.  
Печать офсетная. Объем 6,5 печ. л. Тираж 500 экз. Заказ

ISBN 978-5-4235-0050-4



9 785423 500504 >

ООО «Издательство Литтерра».  
117593, Москва, Соловьиный проезд, д. 18А  
Тел./факс: (495) 921-38-56.  
Интернет-адрес издательства: [www.litterra.ru](http://www.litterra.ru).  
E-mail: [info@litterra.ru](mailto:info@litterra.ru). Интернет-магазин: [www.medknigaservis.ru](http://www.medknigaservis.ru).  
Отпечатано в ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга».  
115280, Москва, ул. Автозаводская, 25.

*Эта работа была стимулирована президентом  
Национальной медицинской палаты  
профессором **Рошалем Леонид Михайловичем**.  
Он ставил вопросы, на которые часто не было  
готовых ответов, и для получения этих ответов пришлось  
выполнять специальные научные исследования.  
Он приглашал меня на обсуждения законопроекта,  
где часть проблем поднималась организаторами  
здравоохранения из регионов.  
Выражаю благодарность Л.М. Рошалю и всем тем,  
кто принимал и принимает участие в обсуждении  
этого важнейшего для России законопроекта.*

# ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Список сокращений .....                                                                                                                                              | 6         |
| Введение .....                                                                                                                                                       | 7         |
| <b>1. Главные вызовы системе здравоохранения РФ .....</b>                                                                                                            | <b>12</b> |
| 1.1. Демографические вызовы .....                                                                                                                                    | 12        |
| 1.1.1. Снижение численности населения<br>трудоспособного возраста .....                                                                                              | 12        |
| 1.1.2. Высокая смертность от предотвратимых причин .....                                                                                                             | 15        |
| 1.1.3. Сокращение рождаемости и старение населения .....                                                                                                             | 21        |
| 1.1.4. Неудовлетворительное здоровье женщин<br>детородного возраста и детей .....                                                                                    | 24        |
| 1.1.5. Нездоровый образ жизни населения .....                                                                                                                        | 26        |
| 1.2. Социально-экономические вызовы .....                                                                                                                            | 34        |
| 1.2.1. Недовольство населения качеством<br>и доступностью медицинской помощи .....                                                                                   | 34        |
| 1.2.2. Недовольство медицинских работников .....                                                                                                                     | 36        |
| 1.3. Вызовы отрасли «здравоохранение» .....                                                                                                                          | 37        |
| 1.3.1. Недостаточное финансирование программы<br>государственных гарантий бесплатной<br>медицинской помощи .....                                                     | 37        |
| 1.3.2. Дефицит медицинских кадров .....                                                                                                                              | 43        |
| 1.3.3. Низкая квалификация медицинских кадров .....                                                                                                                  | 45        |
| 1.3.4. Низкая доступность лекарственных средств<br>в амбулаторных условиях .....                                                                                     | 48        |
| 1.3.5. Неэффективное управление .....                                                                                                                                | 50        |
| <b>2. Отвечает ли на главные вызовы отрасли «здравоохранение»<br/>законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»? .....</b>                                  | <b>53</b> |
| 2.1. Кратко о законе «Об обязательном медицинском<br>страховании в РФ» .....                                                                                         | 53        |
| 2.2. Положительные нормы законопроекта<br>«Об основах охраны здоровья граждан в РФ» .....                                                                            | 55        |
| 2.3. Позволит ли законопроект улучшить демографические<br>показатели и показатели здоровья населения? .....                                                          | 57        |
| 2.4. Позволит ли законопроект расширить и закрепить права<br>граждан на получение бесплатной медицинской помощи,<br>предусмотренных статьей 41 Конституции РФ? ..... | 57        |

|                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.5. Позволит ли законопроект увеличить бесплатное лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях? .....                 | 70        |
| 2.6. Позволит ли законопроект ликвидировать дефицит медицинских кадров? .....                                                       | 70        |
| 2.7. Позволит ли законопроект повысить квалификацию медицинских кадров и качество медицинской помощи? .....                         | 72        |
| 2.8. Позволит ли законопроект повысить эффективность управления в здравоохранении? .....                                            | 75        |
| 2.9. Влияет ли законопроект на развитие профилактического направления? .....                                                        | 77        |
| 2.10. Прочие замечания к законопроекту .....                                                                                        | 77        |
| Выводы .....                                                                                                                        | 78        |
| <b>3. Есть ли необходимость принимать закон в кратчайшие сроки? .....</b>                                                           | <b>80</b> |
| 3.1. Организация обсуждения законопроекта.....                                                                                      | 80        |
| 3.2. Ответы оппонентам, выступающим за принятие законопроекта без доработки .....                                                   | 80        |
| <b>4. Что надо делать новому правительству в здравоохранении .....</b>                                                              | <b>83</b> |
| 4.1. Приоритеты и цели развития здравоохранения до 2016 г. ....                                                                     | 83        |
| 4.2. Ключевые задачи .....                                                                                                          | 84        |
| 4.3. Распределение дополнительных вложений в здравоохранение на приоритетные задачи .....                                           | 88        |
| 4.4. Оценка эффективности дополнительных вложений в здравоохранение .....                                                           | 91        |
| <b>Заключение .....</b>                                                                                                             | <b>93</b> |
| <b>Приложения .....</b>                                                                                                             | <b>95</b> |
| Приложение I. Обоснование дополнительных расходов на развитие непрерывного медицинского образования и расчет их эффективности ..... | 95        |
| Приложение II. Обоснование дополнительных затрат на лекарственное обеспечение и расчет их эффективности .....                       | 101       |

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|                    |                                                                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ВВП</b>         | — валовой внутренний продукт                                                                                         |
| <b>ВОЗ</b>         | — Всемирная организация здравоохранения                                                                              |
| <b>ВРП</b>         | — валовой региональный продукт                                                                                       |
| <b>ВЦИОМ</b>       | — Всероссийский центр изучения общественного мнения                                                                  |
| <b>ДК</b>          | — децильный коэффициент                                                                                              |
| <b>ЕС</b>          | — Евросоюз                                                                                                           |
| <b>ЖНВЛП</b>       | — жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты                                                           |
| <b>КМП</b>         | — качество медицинской помощи                                                                                        |
| <b>КСМ</b>         | — коэффициент смертности мужчин трудоспособного возраста                                                             |
| <b>КСЖ</b>         | — коэффициент смертности женщин трудоспособного возраста                                                             |
| <b>ЛС</b>          | — лекарственные средства                                                                                             |
| <b>МО</b>          | — медицинская организация                                                                                            |
| <b>ОКС</b>         | — общий коэффициент смертности                                                                                       |
| <b>ОМС</b>         | — обязательное медицинское страхование                                                                               |
| <b>ОПЖ</b>         | — ожидаемая продолжительность жизни                                                                                  |
| <b>ОЭСР (OECD)</b> | — Организация стран экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development) |
| <b>ПНП</b>         | — приоритетный национальный проект                                                                                   |
| <b>ПГГ</b>         | — программа государственных гарантий                                                                                 |
| <b>ПМПС</b>        | — первичная медико-санитарная помощь                                                                                 |
| <b>ППС</b>         | — паритет покупательной способности                                                                                  |
| <b>ТПГГ</b>        | — территориальная программа государственных гарантий                                                                 |
| <b>ТФОМС</b>       | — территориальный фонд обязательного медицинского страхования                                                        |
| <b>ФЗ</b>          | — федеральный закон                                                                                                  |
| <b>ФОМС</b>        | — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования                                                            |
| <b>ФОТ</b>         | — фонд оплаты труда                                                                                                  |

Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — главный для системы здравоохранения РФ, и он должен решать важнейшие вызовы, стоящие перед ней. В противном случае его принятие бессмысленно и отрицательно скажется на авторитете Президента, Правительства, Государственной Думы и других органов государственной власти РФ. В данной брошюре анализируются ключевые вызовы, стоящие перед системой здравоохранения РФ, и ответы на то, отвечает ли настоящий законопроект на эти вызовы. Приведены обоснования основных направлений развития и необходимых дополнительных вложений в здравоохранение на ближайшие 10 лет, а также дана оценка эффективности этих затрат.

Сегодня необходимо сохранить положительные изменения показателей здоровья населения РФ, достигнутые за период с 2005 по 2008 г., благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», имея ввиду то, что эти изменения остановились в 2009–2010 гг. Если не переломить ситуацию, то цели по улучшению здоровья населения, поставленные Правительством РФ к 2020 г. (а именно: увеличить ожидаемую продолжительность жизни<sup>1</sup> населения с 68,8 года до 73 лет, снизить общий коэффициент смертности<sup>2</sup> с 14,3 до 11,0 и стабилизировать численность населения РФ на уровне до 144 млн), **не будут выполнены.**

Сегодня перед системой здравоохранения РФ стоят серьезные демографические и социально-экономические вызовы. Главные демографические вызовы: высокая преждевременная смертность населения, особенно мужчин трудоспособного возраста (в относительно благополучном 2010 г. умерло 567 тыс. человек

---

<sup>1</sup> ОПЖ — 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.

<sup>2</sup> ОКС — число умерших на 1000 населения в год.

трудоспособного возраста, из них 451 тыс. мужчин); сокращение рождаемости из-за снижения на 19% к 2020 г. числа женщин детородного возраста; неудовлетворительные показатели здоровья детей (около **40%** детей родились больными или заболели в период новорожденности, а показатель младенческой смертности **в 1,2 раза** выше, чем в «новых» странах ЕС). В стране постоянно растет заболеваемость — всего в нашей стране с населением в 142,9 млн человек в 2010 г. зарегистрировано **228 млн** случаев острых и хронических заболеваний или **в 1,5 раза** больше, чем в 1990 г., причем смертность за этот период увеличилась в **1,3 раза**. И при этом население продолжает вести нездоровый образ жизни: доля курящего взрослого населения и потребление алкоголя на душу населения в год в РФ почти в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР<sup>1</sup>, куда входят большинство стран ЕС.

Важнейшим социально-экономическим вызовом является недовольство населения качеством и доступностью бесплатной медицинской помощи (2/3 недовольных), связанное с недостаточным финансовым обеспечением программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Ответ на эти вызовы возможен только при условии повышения доступности и качества бесплатной медицинской и профилактической помощи, что обеспечивается **только интенсивным развитием системы здравоохранения с эффективным использованием имеющихся ресурсов**. Вместе с тем, перед системой здравоохранения РФ стоят серьезные проблемы, без решения которых невозможно добиться результатов по улучшению здоровья населения, а при этом выделяемые средства будут расходоваться неэффективно. Важнейшие среди этих проблем: дефицит, неоптимальная структура и неудовлетворительная квалификация медицинских кадров, недостаточное обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях и неэффективное управление в системе здравоохранения.

---

<sup>1</sup> ОЭСР — Организация стран экономического сотрудничества и развития, включает страны ЕС, Канаду, США, Мексику, Японию, Корею и Австралию.

Анализ законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подготовленного ко 2-му чтению в ГД (проект № 534829-5), показал, что он **не будет способствовать улучшению ситуации в здравоохранении**, тем более не позволит добиться запланированных Правительством РФ показателей здоровья населения к 2020 г., та как он не позволит решить ключевые проблемы здравоохранения: с недофинансированием, с дефицитом и неудовлетворительной квалификацией медицинских кадров, с обеспечением населения бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, с неэффективным расходованием государственных ресурсов и др. Более того, принятие законопроекта в данной редакции повлечет за собой **усиление недовольства населения** в связи с риском снижения гарантий бесплатной медицинской помощи. Так, гарантии бесплатной медицинской помощи изложены непрозрачно и не установлены минимальные объемы их финансирования, что связано с риском снижения доступности бесплатной медицинской помощи для населения и взимания платы за нее. Часть установленных гарантий будет обеспечиваться за счет средств субъектов РФ и, соответственно, будет зависеть от их финансовой обеспеченности. Всё это в условиях дефицита средств в субъектах РФ приведет к неисполнению гарантий и к неравенству прав на бесплатную медицинскую помощь граждан, проживающих в различных регионах. Принятие законопроекта вызовет также усиление недовольства медицинских работников, поскольку он не содержит норм по улучшению их положения.

**В связи с этим законопроект должен быть кардинально переработан.** В нем должны быть следующие нормы: механизмы установления минимальных расходов на систему здравоохранения из общественных источников; порядок покрытия дефицита финансирования территориальных программ государственных гарантий; порядок установления минимальных окладов труда по основным квалификационным категориям медицинских работников; современные механизмы повышения квалификации врачей, в том числе развитие системы непрерывного медицинского образования; нормы, определяющие расширение категорий населения, которым лекарственные средства будут



предоставляться бесплатно, а также нормы, регулирующие ответственность всех уровней управления здравоохранением за достижение целевых показателей здоровья населения, качества и доступности медицинской помощи.

Следует отметить, что предложение принять этот законопроект **не предварялось** разработкой сбалансированного по направлениям долгосрочного программы развития отрасли, а обсуждение было организовано поверхностно и **лишено независимости**. Например, большинство «защитников» законопроекта являются директорами НИИ и вузов. Они, во-первых, **административно и финансово зависят** от руководства Минздравсоцразвития; во-вторых, являются учеными в **клинических областях** медицины (онкология, офтальмология и др.), соответственно, не имеют достаточного опыта и знаний в области организации здравоохранения на федеральном и региональных уровнях. Всё это привело к тому, что законопроект даже ко 2-му чтению был подготовлен **некачественно**.

Для достижения целей по улучшению здоровья населения, поставленных Правительством РФ, необходимо дополнительно увеличить государственное финансирование здравоохранения как минимум в 1,6 раза, или на 1 трлн руб. ежегодно в ценах 2010 г. (с учетом уже предусмотренного с 2011 г. ежегодного роста финансирования отрасли на 220 млрд руб. за счет увеличения тарифов страховых взносов на 2%, дополнительно потребуется еще около 780 млрд руб.). Эти средства должны пойти на следующие приоритетные направления: на повышение тарифов на оплату бесплатной медицинской помощи в 1,5 раза (700 млрд руб.), соответственно, минимум в 1,5 раз увеличится оплата труда медицинских работников. Далее — на увеличение лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях в 3 раза (для детей и граждан, страдающих заболеваниями системы кровообращения в амбулаторных условиях, — 200 млрд руб.); на повышение квалификации медицинских работников, в том числе увеличение оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов и училищ в 2 раза (33 млрд руб.); на увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи в 2

раза (37 млрд руб.); поддержание материально-технической базы здравоохранения и информатизацию (20 млрд руб. с 2013 г.<sup>1</sup>) и на развитие школьной медицины (25 млрд руб.).

Государство должно найти эти средства, чтобы вложить в здравоохранение, как это смогли сделать правительства «новых» стран ЕС, которые имеют такой же ВВП на душу населения, как и РФ (19 тыс. \$ППС в год.). При этом необходимо обеспечить строжайший контроль за **эффективностью расходования средств**, который достигается сбалансированным развитием, выделением приоритетов, принятием научно обоснованных решений, прозрачностью в проведении государственных закупок, а также установлением ответственности органов управления всех уровней за достижение целей по улучшению здоровья населения.

Эффективность управления и дополнительных вложений в здравоохранение, оценивается через снижение смертности и заболеваемости населения в соответствии с целевыми показателями, т.е. сохранение человеческого ресурса страны. Показано, что это позволит сохранить **до 6% ВВП** ежегодно, причем, преимущественно этот эффект связан с тем, что благодаря продлению ожидаемой продолжительности жизни граждан минимум на 5 лет — соответственно, можно будет продлить пенсионный возраст на эти 5 лет.

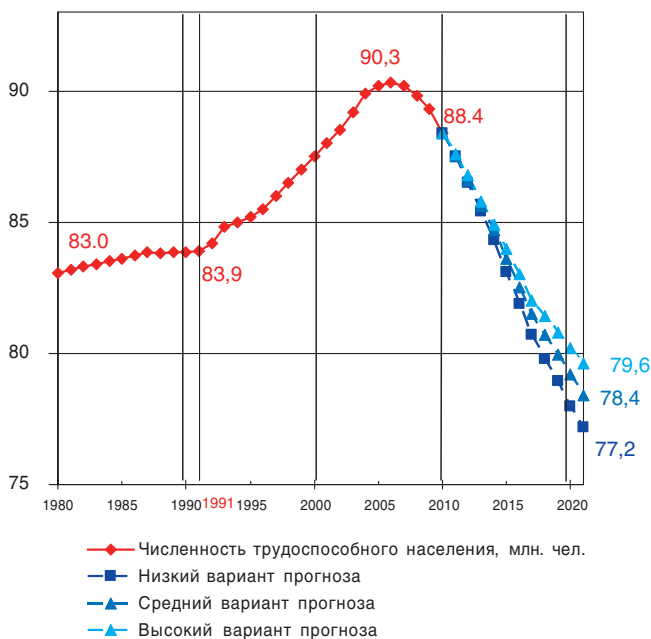
---

<sup>1</sup> С учетом того, что в 2011–2012 гг. в инфраструктуру медицинских организаций будет целевым образом вложено почти 330 млрд руб. по программам модернизации за счет дополнительных средств от увеличения тарифов страховых взносов в систему ОМС на 2%.

## 1.1. Демографические вызовы

### 1.1.1. Снижение численности населения трудоспособного возраста

Главная демографическая проблема России в ближайшие 10 лет — это снижение общей численности населения и катастрофическое сокращение числа граждан трудоспособного возраста. В 2010 г. трудоспособное население РФ (мужчины — 16–59 и женщины 16–54 лет) составило **63%** от общей численности населения<sup>1</sup>. На рис. 1



**Рис. 1.** Динамика численности населения трудоспособного возраста в России в период 1980–2010 гг. с прогнозом до 2020 г. по различным сценариям Росстата

<sup>1</sup> Дети от 0 до 15 лет составили 16%, лица старше трудоспособного возраста — 21%.

показана динамика численности населения трудоспособного возраста в период 1980–2010 гг. и прогнозы до 2020 г. по различным сценариям Росстата (низкий, средний, высокий уровень смертности лиц трудоспособного возраста)<sup>1</sup>.

Из рис. 1 видно, что численность населения трудоспособного возраста в период 1981–1990 гг. выросла незначительно — на 0,9 млн человек (с 83 до 83,9 млн). В следующие 15 лет (в период 1991–2006 гг.) темпы роста возросли, и население трудоспособного возраста за этот период увеличилось на 6,4 млн человек (до 90,3 млн). Но уже с 2009 г. началось резкое снижение численности населения трудоспособного возраста в среднем на 1 млн человек ежегодно, и далее это снижение будет происходить с темпом 0,8–1,1 млн человек в год в зависимости от сценария Росстата.

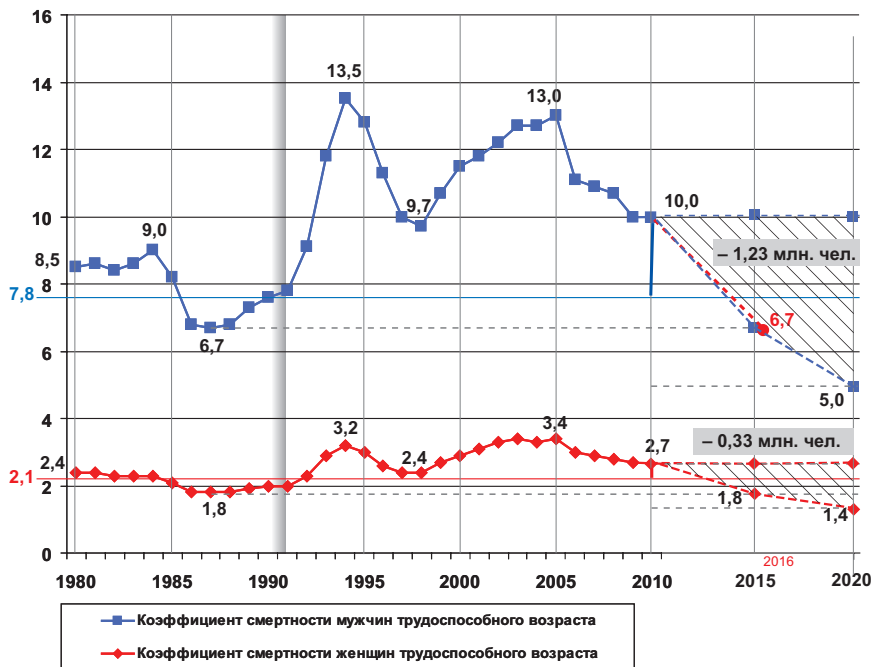
В результате к 2020 г. численность населения трудоспособного возраста упадет на 10 млн, а доля его уменьшится до 55%. Одновременно минимум на 5% (до 26%) возрастет доля населения **старше** трудоспособного возраста. Следует иметь в виду, что данная ситуация носит долговременный характер.

Половину из этих 10 млн. граждан трудоспособного возраста мы потеряем из-за сверхвысокой смертности мужчин трудоспособного возраста. В последние годы в РФ ежегодно умирает около 630 тыс. человек трудоспособного возраста, из них — около 500 тыс. мужчин. Вторую половину — из-за резкого снижения численности граждан, которые вступают в трудоспособный возраст в период 2011–2020 гг., и связано это с низкой рождаемостью в 1990-е годы.

Высокая смертность мужчин трудоспособного возраста наглядно видна на рис. 2, где показана динамика коэффициента смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста (КСМ и КСЖ)<sup>2</sup> в период 1981–2010 гг. Видно, что значение КСМ приблизительно в 4 раза выше, чем величина КСЖ. Это связано с существенно большим потреблением алкоголя и распространением

<sup>1</sup> Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 г. Федеральная служба государственной статистики. — М., 2010.

<sup>2</sup> КСМ и КСЖ представляют собой соответственно число мужчин и женщин трудоспособного возраста, умерших от всех причин, приходящихся на тысячу мужчин или женщин трудоспособного возраста.



**Рис. 2.** Динамика КСМ и КСЖ трудоспособного возраста в России в период 1980–2010 гг. с прогнозом до 2020 г.

курения среди мужчин по сравнению с женщинами трудоспособного возраста.

Ежегодное снижение численности населения трудоспособного возраста в среднем 1 млн человек из 84 млн граждан трудоспособного возраста соответствует уменьшению ВВП на 1,2% в год, или на 660 млрд руб. ежегодно  $\{(56 \text{ трлн руб.} / 84 \text{ млн чел.}) \times 1 \text{ млн чел.}\}$ . Расчет сделан исходя из того, что темп роста ВВП принят за 4% в год (умеренный прогноз Минэкономразвития на 2011–2020 гг.), при этом средний объем ВВП в год будет составлять 56 трлн руб. в ценах 2010 г., а среднее число граждан трудоспособного возраста — 84 млн.

Соответственно, происходит сокращение платежей в бюджет, снижение пенсионных отчислений, рост социальной напряженности и т.д. Это серьезный вызов устойчивости социально-экономического положения России.

Для снижения сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста необходимо, в первую очередь, проведение целенаправленной антиалкогольной кампании, аналогичной той, которая проводилась в период 1984–1987 гг. в СССР. Она показала, что в РСФСР удалось снизить величину КСМ за 3 года с 9,0 до 6,7 (или со среднегодовым темпом 8,6%), а КСЖ — с 2,3 до 1,8 (или со среднегодовым темпом 7%). Опыт этой кампании показывает, что вполне возможно снизить значение КСМ за 10 лет минимум в 2 раза с 10 до 5,0 со среднегодовым темпом 6,7%.

По кривой КСМ можно также рассчитать, сколько можно будет сохранить жизней граждан трудоспособного возраста, если удастся сократить КСМ за 10 лет в 2 раза. В результате в период 2011–2016 гг. сохранятся жизни 350 тыс. мужчин трудоспособного возраста, а всего за 10 лет, до 2020 г., — 1,2 млн мужчин трудоспособного возраста по сравнению со сценарием, если бы значение КСМ осталось на уровне 10,0 (см. заштрихованную часть рис. 2).

Таким образом, система здравоохранения должна сосредоточиться на укреплении и сохранении здоровья трудоспособного населения, в том числе на реализации антиалкогольной и анти-табачной кампании, на повышении доступности профилактической и первичной медико-санитарной помощи на производстве, улучшении условий труда на производстве, обеспечении трудоспособного населения бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях.

### 1.1.2. Высокая смертность от предотвратимых причин

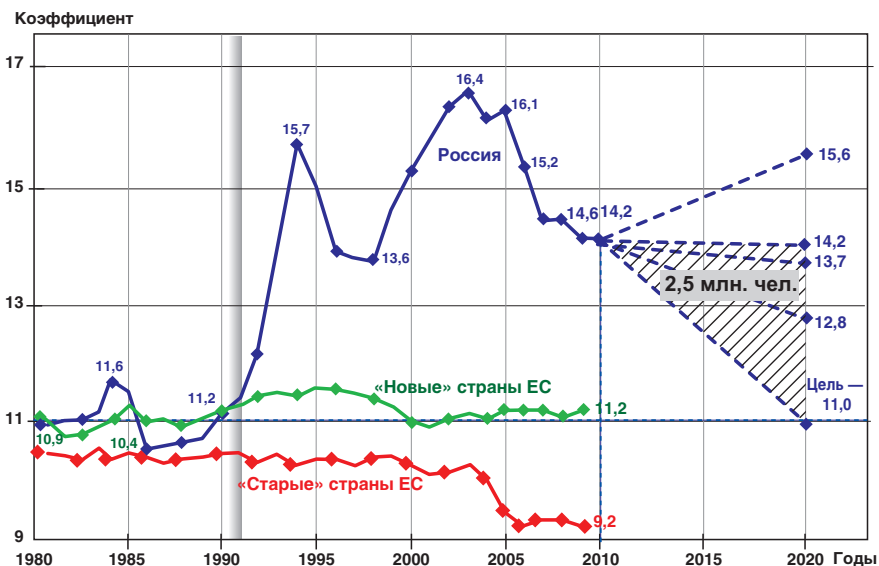
Следующий важнейший вызов системы здравоохранения — это высокая смертность от причин, которые можно предотвратить эффективными государственными профилактическими программами и повышением доступности и качества медицинской помощи. Так, в РФ смертность населения в возрасте до 65 лет<sup>1</sup> в **1,8 раза** выше, чем в «новых» странах Евросоюза (ЕС), соответственно 601 и 333 случая на 100 тыс. населения. При этом ВВП на душу населения в год в среднем в этих странах и в РФ практически одинаков (около 19 тыс.

<sup>1</sup> Стандартизованный коэффициент смертности, т.е. с поправкой на возрастную структуру населения.

\$ППС<sup>1</sup>). Это означает, что смертность в РФ как минимум могла быть в **1,8 раза ниже**, чем в этих странах, т.е. могла быть **предотвращена**.

**Общий коэффициент смертности.** В РФ общий коэффициент смертности (ОКС), или число умерших от всех причин на 1000 человек, в 2010 г. составил 14,2 (рис. 3). Этот показатель на 27% выше, чем был в РСФСР в 1990 г. и чем сегодня в «новых» странах ЕС (11,2), и на 55% выше, чем в «старых» странах ЕС (9,2). Следует отметить, что в 1986 г., в период антиалкогольной кампании, смертность в России была ниже, чем в «новых» странах ЕС, и такой же, как в «старых» странах ЕС; общий коэффициент смертности в тот год в РФ равнялся 10,4.

По кривой ОКС по годам можно проследить влияние политических кампаний и изменения социально-экономической ситуации в стране на уровень смертности. Снижение величины ОКС на 11% (с 11,6 до 10,4) в период с 1984 по 1986 г. связано с антиалко-



**Рис. 3.** Динамика ОКС в «старых» и «новых» стран ЕС и в России в период 1980–2010 гг. с прогнозом до 2020 г. по различным сценариям Росстата

<sup>1</sup> Паритет покупательной способности доллара (в 2010 г. 1 \$ППС = 16 руб.) по данным Росстата.

гольной кампанией, проводившейся в то время в СССР. Катастрофический рост ОКС на 38% (с 11,4 до 15,7) в период 1991–1994 гг. (рост на 13% в год) является результатом распада СССР и социально-экономических реформ, проведенных в то время в России.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в период 2005–2007 гг. и определенное улучшение социально-экономической обстановки в России снизила величину ОКС на 9% (с 16,1 до 14,6). В последние 4 года величина ОКС практически не менялась: 14,6 – 2007 г., 14,7 – 2008 г., 14,2 – 2009 г., 14,2 – 2010 г. Это связано с экономическим кризисом 2008–2009 гг. и стагнацией реального, очищенного от инфляции, государственного финансирования здравоохранения в России в 2008–2010 гг. (см. раздел X).

На этом же рисунке пунктиром показаны изменения ОКС до 2020 г., рассчитанные по трем сценариям Росстата. Низкий сценарий (отсутствие государственных мер по снижению смертности) – 15,6; средний – 13,7; высокий (активная государственная политика, направленная на снижение смертности) – 12,8. Там же показана величина ОКС, равная 11,0, которая принята в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. Видно, что для достижения величины ОКС, равной 11,0, необходимо принять сверхординарные усилия и по существенному улучшению социально-экономической ситуации в стране, и по резкому ускорению развития и кардинальному увеличению финансирования здравоохранения.

Если в следующее десятилетие (2011–2020 гг.) величина ОКС будет стагнировать и останется на уровне 14,5, то дополнительное количество смертей за это время составит **2,5 млн человек** по отношению к сценарию, когда величина ОКС выйдет на уровень 11,0, который принят Концепцией 2020 г. (см. рис. 3).

Из рисунка 3 также видно, что социально-экономические реформы в 1990–2000 гг. в «новых» странах ЕС не привели к катастрофическому росту величины ОКС, как это произошло в России и других странах бывшего СССР. Величина ОКС в «новых» странах ЕС выросла всего на 4,5% (с 11 до 11,5) за 5 лет (1990–1995 гг.), а затем вернулась к своему прежнему значению 11,0 в 2000 г. и остается постоянной до настоящего времени.



**Основные причины смертей в РФ.** Основная доля в росте смертности населения страны приходится на болезни системы кровообращения (рост более чем в 1,3 раза за последние 15 лет); далее следует смертность от новообразований и от внешних причин (самоубийства, транспортные несчастные случаи, травмы, отравления алкоголем, убийства и т.д.). В 2010 г. основными причинами смертности были неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения — 56,2% (1 млн 152 тыс. из 2 млн 28 тыс. умерших); новообразования — 14,4%, внешние причины — 10,1%, болезни органов пищеварения — 4,5%, болезни органов дыхания — 3,6%. От инфекционных заболеваний умерли 32,5 тыс. человек, что составило 1,6% всех умерших.

В РФ показатели смертности от болезней системы кровообращения являются одними из самых высоких в мире и составили в 2010 г. 798 случаев на 100 тыс. человек (в 2009 г. — 801, в 2008 г. — 836). Соответствующие показатели в 2009 г. в «старых» странах ЕС составили 182, в «новых» странах ЕС — 436, в США — 250. Анализ возрастной структуры смертности от болезней системы кровообращения в период с 1991 по 2006 г. показывает существенное увеличение смертности в трудоспособном возрасте. Например, в возрасте от 30 до 44 лет она увеличилась на 86% (с 76 до 142 случаев на 100 тыс. населения), а в возрасте от 45 до 59 лет — на 36% (с 431 до 585 случаев на 100 тыс. населения).

**Новообразования.** В 2010 г. смертность от онкологических заболеваний составила 205 случаев на 100 тыс. населения (в 2009 г. — 207, в 2008 г. — 204). Этот показатель в России на 20% выше, чем в «старых» странах ЕС, и находится на одном уровне с «новыми» странами ЕС. Онкологические заболевания в России характеризуются высокой долей смертей в течение 1-го года после установления диагноза (например, от рака легкого — 56%, от рака желудка — 55%), что свидетельствует о низкой ранней выявляемости этих заболеваний. Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше.

**Смертность от внешних причин** в 2010 г. составила в России 144 случая на 100 тыс. населения (в 2009 г. — 158, в 2008 г. — 172). Это

в 4 раза больше, чем в «старых» странах Евросоюза, и в 2,3 раза больше, чем в «новых» (соответственно 34,2 и 62,3 случая на 100 тыс. населения). Чрезмерное потребление в России алкогольных напитков составляет огромную долю в смертности от внешних причин (59% у мужчин и 43% у женщин), как напрямую (смерть вследствие отравления алкоголем), так и косвенно (ведет к дорожнотранспортным происшествиям — ДТП, становится причиной насильственной смерти и т.д.). В состоянии опьянения находилось большинство убийц и/или их жертвы, а также около половины самоубийц<sup>1</sup>.

**Случайные отравления алкоголем** — одна из основных внешних причин смертности в России. Алкоголь — сильное психотропное вещество; прием 400 г даже качественного спирта в течение 1 ч может привести к смертельному исходу. Поэтому сама доступность спирта делает его опасным.

В 2010 г. смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 10 на 100 тыс. населения (в 2009 г. — 15, в 2008 г. — 17). При этом в 2009 г. смертность населения в трудоспособном возрасте от этой причины была значительно выше и равнялась 18,9 (у мужчин — 30,6, у женщин — 6,7) на 100 тыс. населения трудоспособного возраста. В городе смертность населения трудоспособного возраста составила 16,5 (у мужчин — 27,1, у женщин — 5,7), на селе значительно выше — 25,8. Особенно высок этот показатель у мужчин трудоспособного возраста в сельской местности, где он равняется 40,1 (у женщин — 9,6), что в 4 раза выше, чем в среднем по стране.

**Транспортные несчастные случаи.** Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (главным образом, при ДТП) в 2010 г. составляет 20 на 100 тыс. населения (в 2009 г. — 21, в 2008 г. — 25), что практически в 3 раза выше, чем в 2008 г. в «старых» странах Евросоюза (6,9), и в 1,6 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (12,2). И это при том, что количество автомобилей на душу населения в России в 3–5 раз меньше, чем в странах ЕС и США, а водительское удостоверение имеет всего четверть взрослого населения по сравнению с более чем 95% в США.

---

<sup>1</sup> Немцов А.В. Алкогольная история России: Новейший период. — М.: Либроком, 2009. — 320 с.

**Самоубийства.** В России частота самоубийств в 2010 г. составляла 23 случая на 100 тыс. населения (в 2009 г. — 26, в 2008 г. — 27), что в 2,5 раза выше, чем в 2008 г. в «старых» странах Евросоюза (9,1), и в 1,6 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (14,1). Около половины самоубийц в стране находились в состоянии алкогольного опьянения.

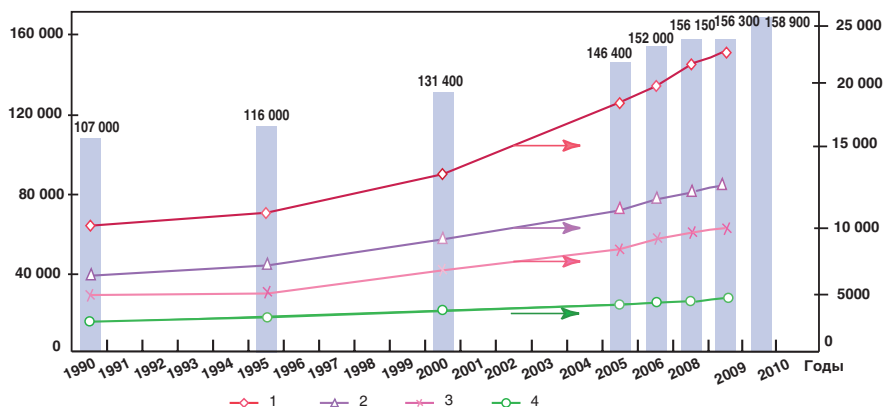
**Убийства.** С 1990 по 2007 г. частота убийств в стране увеличилась в 1,2 раза — с 14,3 до 17,9 случая на 100 тыс. населения в год. К 2010 г. этот показатель, напротив, уменьшился до 13 (в 2009 г. — 15, в 2008 г. — 17); этот показатель в РФ — один из самых высоких в мире. В «старых» странах ЕС в 2008 г. он равнялся 0,7, в «новых» — 1,9. Более половины убийств связано с потреблением алкоголя<sup>1</sup>. При этом средний возраст жертв насильственной смерти намного ниже, чем в случае смерти от других причин; это значительно увеличивает потери населения в трудоспособном возрасте. После 1998 г. начало расти число насильственных смертей у молодых людей, что сопряжено с увеличившимся потреблением ими алкогольных напитков и наркотиков.

**Заболеваемость населения.** Рост смертности обусловлен ростом заболеваемости населения. Всего в нашей стране с населением в 142,9 млн человек в 2010 г. было зарегистрировано **228 млн** случаев острых и хронических заболеваний, или в **1,5 раза** больше, чем в 1990 г., при этом смертность за тот же период увеличилась в **1,3 раза**.

На рис. 4 представлена динамика общей заболеваемости по годам и по отдельным классам болезней на 100 тыс. населения (столбцы) в динамике с 1990 по 2010 г. Видно, что с 1990 по 2010 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.

---

<sup>1</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше? // Менеджер здравоохранения. — 2011. — № 3.



**Рис. 4.** Динамика общей заболеваемости в РФ на 100 тыс. населения в период 1990–2010 гг. (всего населения и по классам болезней):

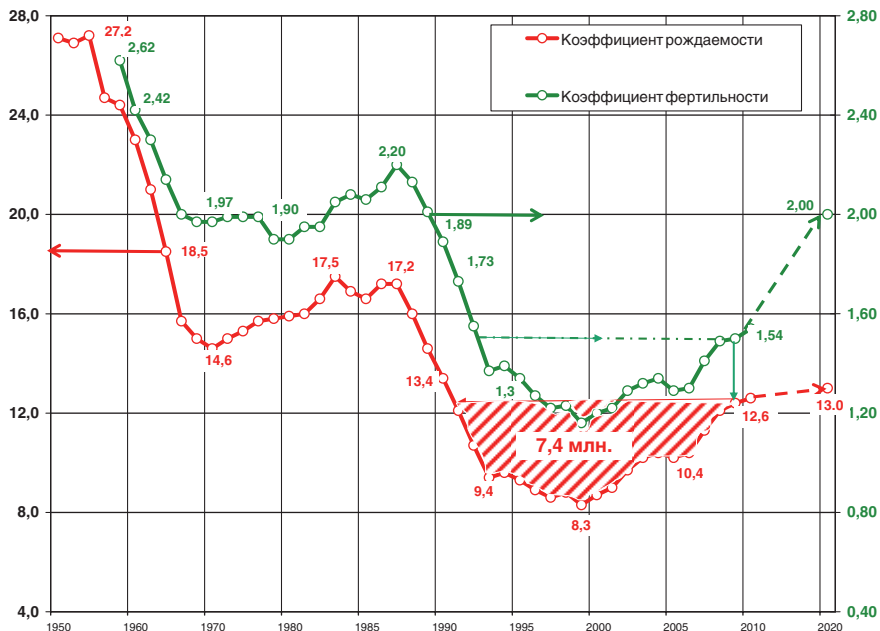
столбцы — все заболевшие (левая ось ординат); кривые — заболеваемость по классам болезней (правая ось ординат). 1 — болезни системы кровообращения; 2 — болезни костно-мышечной системы; 3 — осложнения беременности, родов и послеродового периода на 100 тыс. женщин в возрасте 15 – 49 лет; 4 — новообразования.

Среди причин заболеваемости в 2010 г. в РФ преобладала патология органов дыхания (23,5%) и системы кровообращения (14,1%).

Таким образом, система здравоохранения должна сосредоточиться на повышении доступности медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями, пострадавшим в ДТП, причем акцент должен быть сделан на высокоэффективных мерах — на повсеместном обеспечении доступности первичной медико-санитарной помощи, лекарственном обеспечении населения в амбулаторных условиях, на доступности высокотехнологичной медицинской помощи в уже действующих лечебных учреждениях и на повышении квалификации врачей, а не на закупке дорогостоящего оборудования и строительстве новых лечебных центров.

### 1.1.3. Сокращение рождаемости и старение населения

Следующей важнейшей демографической проблемой является сокращение рождаемости и старение населения РФ. На рис. 5 показано изменение коэффициента рождаемости по годам (число родившихся живыми на 1000 населения в год) и коэффициента



**Рис. 5.** Динамика коэффициента рождаемости и коэффициента фертильности в период 1950–2010 гг. с прогнозом до 2020 г.

фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение ее жизни) в России в период 1950–2010 гг. Поведение этих кривых эквидистантно (аналогично). Видно, что в период 1955–1968 гг. коэффициент рождаемости упал на 40% с 27,0 до 16,0 и оставался постоянным до 1988 г. В период 1988–1993 гг. рождаемость упала на 40% (до 9,4), а в период 1993–1999 гг. — еще на 12% (до 8,3). С 1999 по 2010 г. коэффициент рождаемости увеличился на 50% (с 8,3 до 12,6).

Аналогично ведет себя и коэффициент фертильности. В период 1955–1968 гг. он упал на 24% с 2,62 до 2, и далее оставался в среднем на уровне 2 ребенка на одну женщину в течение 20 лет. С 1989 по 1993 г. он падает на 35% (до 1,3), с 1993 по 1999 г. — еще на 15% (до 1,1), затем с 1999 по 2010 г. увеличивается на 40% (до 1,54).

Чтобы обеспечить воспроизводство населения страны, коэффициент фертильности должен равняться 2,14. В «старых» странах ЕС он составляет в среднем 1,56, в «новых» — 1,4. Во Франции за счет

эффективной демографической политики он повысился до 1,92, а в США равен 2,1.

Снижение рождаемости в России связано с двумя факторами: с одной стороны, с распадом СССР и ухудшением социально-экономических условий для рождения второго и последующего детей, с другой — с поведенческим фактором семей, вызванным урбанизацией, ростом образовательного уровня женщин и т.д. Последний фактор имеет место в большинстве развитых стран и странах с переходной экономикой.

Выделить влияние фактора, связанного с ухудшением социально-экономической ситуации после распада СССР, можно следующим образом: в период 2007–2009 гг. коэффициент фертильности благодаря мерам по повышению рождаемости и общему улучшению экономической ситуации в России достиг 1,5 и вышел на постоянный уровень. Такой коэффициент фертильности соответствует сегодняшней экономической ситуации в стране, которая приблизительно соответствует таковой в конце 1980-х и начале 1990-х годов. Если бы не было распада СССР, то, вероятнее всего, коэффициент фертильности упал бы с 1,89 до 1,5 за счет изменения поведенческого фактора семей в современных условиях. Но этот коэффициент упал ниже — до 1,2, так как обеспечение жильем молодых семей, доходы и социальное обеспечение основной массы населения страны бесплатными детскими садами и яслями, повсеместной бесплатной медицинской помощью и другими мероприятиями, стимулирующими рождаемость второго и последующего детей, в 1995–2006 гг. было значительно хуже, чем в 1980-е годы.

Коэффициент фертильности 1,5 соответствует коэффициенту рождаемости 12,5 в 2010 г. Отсюда можно определить число нерожденных детей в России из-за распада СССР и последующих экономических реформ. Это число соответствует заштрихованной площади на рис. 7, и оно равно 7,4 млн человек при средней численности населения 146 млн человек в 1991–2010 гг.

Низкая рождаемость за последние 15 лет ведет к старению населения. Динамика изменения возрастной структуры населения России характеризуется уменьшением числа лиц молодого возраста и ростом возрастной группы 60 лет и старше. Двадцать 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 пенсионного возраста возросла до 21%.

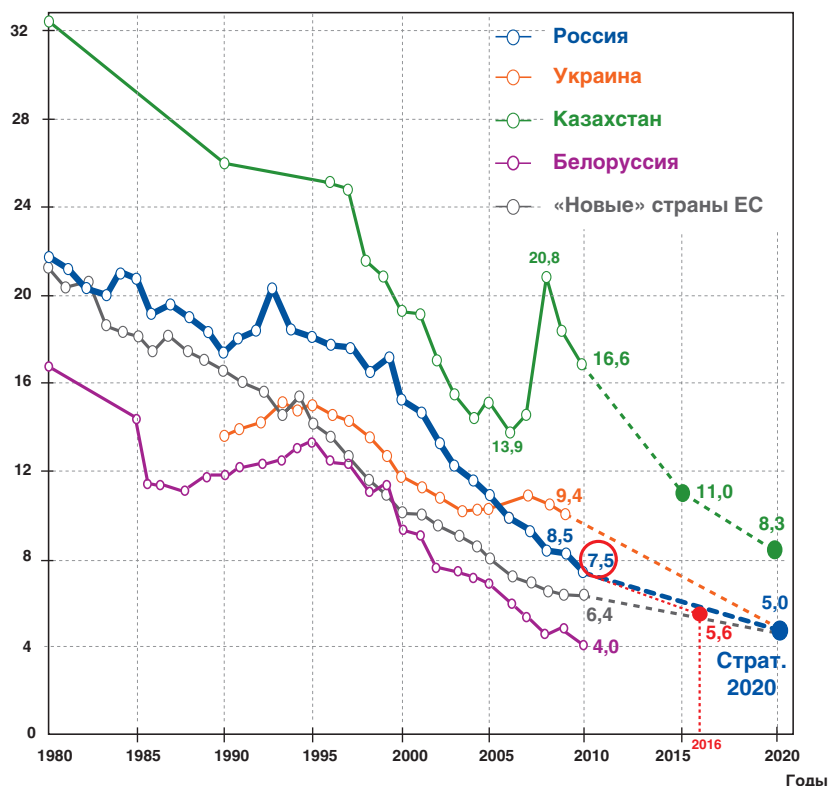
Все эти вызовы ставят перед здравоохранением следующие задачи: укрепление здоровья женщин детородного возраста, пропаганда рождаемости, снижение материнской и младенческой смертности, укрепление здоровья детей, а также развитие медико-социальной помощи гражданам старшей возрастной группы.

#### 1.1.4. Неудовлетворительное здоровье женщин детородного возраста и детей

В РФ высокий коэффициент младенческой смертности (число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 детей, родившихся живыми). На рис. 6 представлена динамика коэффициента младенческой смертности в России, Украине, Белоруссии, Казахстане и «новых» странах ЕС. Этот показатель в РФ постоянно улучшается и в 2010 г. составил 7,5, однако он остается в 1,2 раза выше, чем в «новых» странах ЕС; в 1,8 и 2,1 раза больше, чем соответственно в Белоруссии и «старых» странах ЕС. Следует учесть, что показатель младенческой смертности в РФ учитывает смертность родившихся с массой тела 1 кг и выше, а в европейских странах — от 0,5 кг. Таким образом, при переходе в РФ на учет младенческой смертности по европейской методике этот показатель окажется выше примерно на 30%, чем сегодня.

С 1990 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, и эта отрицательная динамика сохраняется (рис. 7). В 2000–2008 гг. больными оказались 40% всех родившихся детей, и только в 2009–2010 гг. произошло снижение до 37%.

Сокращение младенческой смертности могло быть более значительным, а здоровье детей — лучше, однако это сдерживается неблагоприятными тенденциями в репродуктивном здоровье населения России. Из 4 млн девушек в возрасте от 16 до 18 лет (будущие матери), по экспертным оценкам, абсолютно здоровыми являются 3–20%, остальные страдают теми или иными

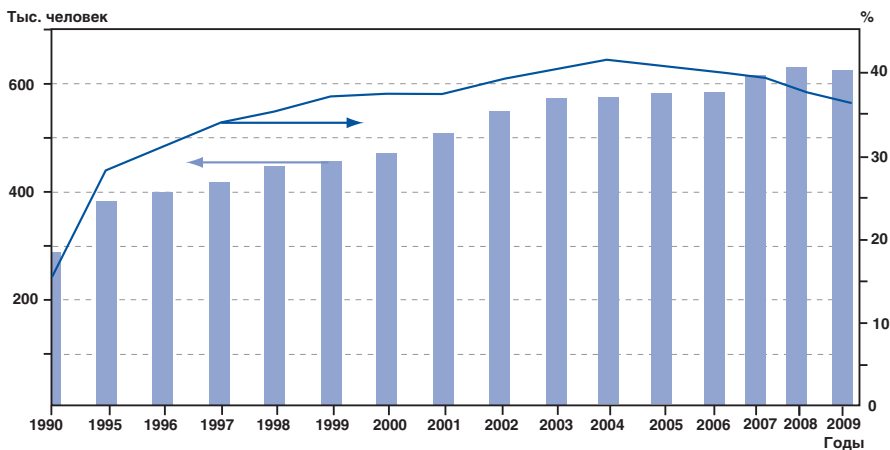


**Рис. 6.** Динамика коэффициента младенческой смертности в России, Украине, Белоруссии, Казахстане, «новых» странах ЕС в период 1980–2010 гг. с прогнозом до 2020 г.

заболеваниями (в том числе злоупотребляют алкоголем и принимают наркотики, курят), которые влияют на репродуктивную функцию женского организма<sup>1</sup>. В структуре причин младенческой смертности более 2/3 случаев смерти приходится на перинатальный период и врожденные аномалии, т.е. на заболевания, связанные со здоровьем матери.

<sup>1</sup> Баранов А.А. и др. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник Российской Академии наук. — 2009. — № 5. — С. 25–49; Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5. — С. 57.





**Рис. 7.** Число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, с массой тела более 1000 г:

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

Таким образом, для системы здравоохранения в ситуации снижения рождаемости важнейшим направлением должно стать улучшение здоровья женщин репродуктивного возраста, повышение качества родовспоможения, доступности и качества медицинской помощи детям.

### 1.1.5. Нездоровый образ жизни населения

По данным ВОЗ, четыре фактора риска (высокие артериальное давление и уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя) суммарно составляют более 85% в общей смертности в стране и около 60% — в количестве лет жизни с утратой трудоспособности. При этом на I месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности стоит злоупотребление алкоголем (16,5%).

**Злоупотребление алкоголем** — важнейшая проблема общественного здоровья, причина катастрофически высокого уровня смертности (особенно мужской) в России. Преждевременная смертность составляет около 0,5 млн человек в год<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Немцов А.В. Алкогольная история России: Новейший период. — М.: Либроком, 2009. — 320 с.

Основные последствия злоупотребления алкоголем в России включают:

- сверхсмертность, снижение продолжительности жизни, потеря здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей;
- деградация социальной и духовно-нравственной среды, распад семей;
- экономические потери от разрушения человеческого потенциала многократно превышают доходы от производства и оборота алкоголя.

Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), от несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

По данным Росстата, в 2009 г. 2,02 млн человек, или 1,4% всего населения страны, состояли на учете в ЛПУ с диагнозом «алкоголизм» и «алкогольные психозы». На еще большее количество людей указывает Г.Г. Онищенко<sup>1</sup>: «Реальное душевое потребление алкоголя с учетом оборота спиртосодержащей продукции, в том числе парфюмерно-косметическая продукция, товары бытовой химии и другие виды продукции, в России составляет около **18 л** чистого спирта на человека в год <...> По данным медицинской статистики, сегодня 2,8 млн россиян вовлечены в тяжелое болезненное пьянство, что составляет 2% всего населения страны...». В 2010 г., по данным главного нарколога страны Е. Брюна, потребление алкоголя среди взрослого населения сократилось до **15 л** чистого спирта на душу в год. Возможно, это связано с некоторыми государственными мерами, направленными на снижение потребления алкоголя, или с неточностями в статистическом учете нелегального оборота алкоголя.

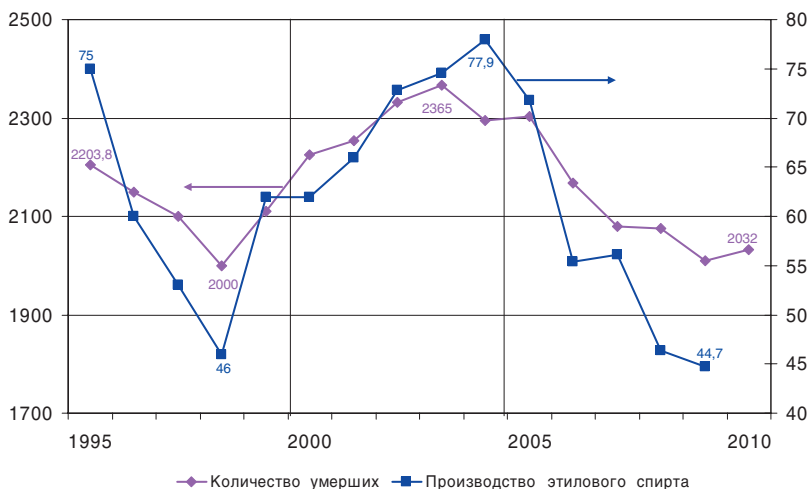
По данным Роспотребнадзора, с 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза.

---

<sup>1</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача Г. Онищенко № 46 от 29.06.2009 г. «О надзоре за алкогольной продукцией».

В основном это произошло за счет увеличения потребления пива. Ежедневно в РФ пьют алкогольные напитки (включая пиво) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

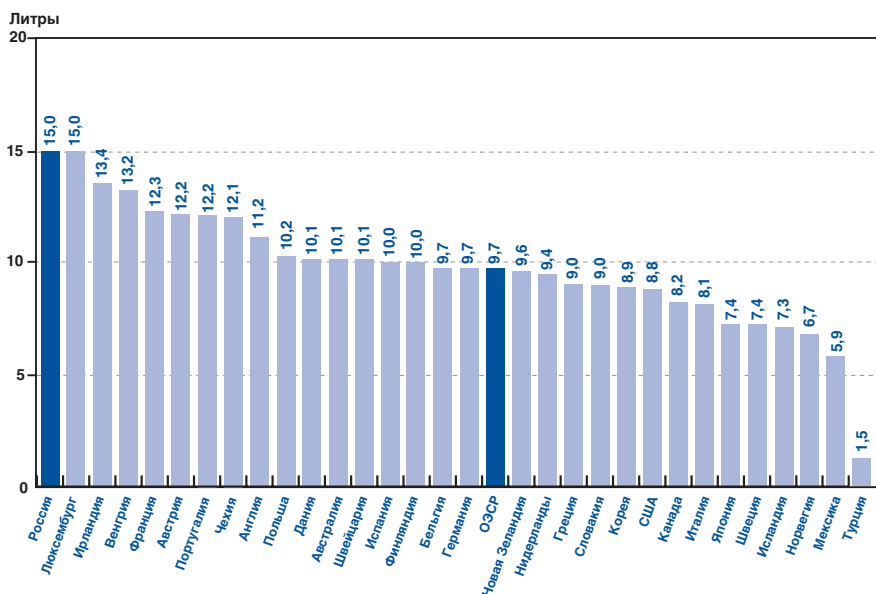
Имеет место однозначная связь между уровнем смертности в стране и производством (потреблением) этилового спирта из пищевого сырья (рис. 8). Это связано с тем, что для производства крепких напитков легального и нелегального происхождения, а также так называемых суррогатов используется, главным образом, этиловый спирт, полученный из пищевого сырья. Из рис. 8 можно получить данные, что на 1 % снижения (повышения) уровня смертности приходится в среднем около 3,6 % снижения (повышения) уровня потребления этилового спирта.



**Рис. 8.** Число умерших и производство этилового спирта из пищевого сырья (л/год)

В большинстве стран ОЭСР<sup>1</sup>, в частности в США, уровень потребления алкоголя меньше (рис. 9), хотя он также высокий, но это не сопровождается аномально высокой смертностью. Причины в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают

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



**Рис. 9.** Потребление алкоголя в разных странах лицами старше 15 лет на душу населения в год (в пересчете на чистый спирт)

разное влияние на здоровье, при этом важным фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных цифрах в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля сократилась до 15% из-за резко возросшего потребления пива. В большинстве стран ЕС главными алкогольными напитками являются вино и пиво. Именно это различие наряду с массовым распространением курения считается главной причиной высокой смертности мужчин трудоспособного возраста в России.

**Табакокурение.** По оценкам Центра профилактической медицины Минздравсоцразвития России, 220 тыс. человек в год в стране умирают от болезней, связанных с табакокурением. Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим болезням. Курение является причиной 90% смертности от рака легкого, 75% — от болезней органов дыхания, 25% — от болезней сердца. Примерно 25% курильщиков умирают преждевременно: в среднем ку-

рение сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 10–15 лет<sup>1</sup>. До 40% смертности российских мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением. Отмечается, что более высокая смертность курящих мужчин приводит к снижению в 1,5 раза их доли среди мужчин в возрасте старше 55 лет<sup>2</sup>.

В период 1990–2009 гг. продажа сигарет выросла в 1,6 раза с 246 до 400 млрд штук в год или с 5 до 8 штук на душу населения в день<sup>3</sup>. Следует отметить, что в период 1990–1995 гг. произошло некоторое снижение потребления сигарет (на 20%), однако уже в период 1995–2005 гг. рост потребления увеличился в 2 раза — с 1,4 до 2,8 тыс. штук на душу населения в год, и на этом уровне он остается последние 5 лет.

В РФ сегодня курят 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Всего доля курящих среди взрослого населения в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза (рис. 10).

Курение является предотвратимой причиной заболеваний. Во многих странах мира (США, страны ЕС и др.) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила в 1,5–2 раза снизить распространенность курения и связанную с ним смертность (ВОЗ, 2005). Очень важно, что Россия в 2008 г. наконец ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе с курением, которую сегодня уже подписали 172 страны из 192 стран-членов ООН. Также следует скорейшим образом принять в самой строгой редакции законопроект **«О защите здоровья населения от последствий потребления табака»**, предложенный Правительством РФ.

**Употребление наркотиков.** Ежегодно десятки тысяч россиян умирают от наркотиков. В июне 2009 г. глава Госнарконоконтроля В. Иванов говорил о 30 тысячах ежегодно умирающих от наркотиков<sup>4</sup>. Иванов привел ужасающие цифры:

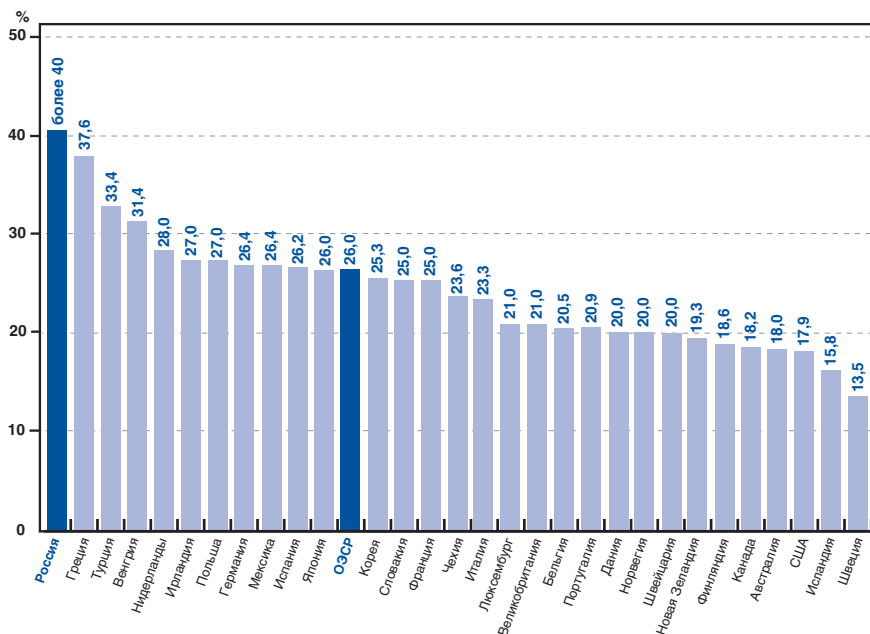
---

<sup>1</sup> По данным Роспотребнадзора.

<sup>2</sup> Bobak M., Gilmore A., McKee M., Rose R. et al. Changes in smoking prevalence in Russia, 1996 – 2004 // Tobacco Control. – 2006. – Vol. 15. – P. 131 – 135.

<sup>3</sup> Российский статистический ежегодник 2010. Росстат.

<sup>4</sup> Выступление директора Госнарконоконтроля России В. Иванова на заседании Государственного антинаркотического комитета. — М., 26.06.2009.



**Рис. 10.** Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет в разных странах

- в России насчитывается от 2 до 2,5 млн наркоманов, преимущественно в возрасте от 18 до 39 лет;
- средний возраст умирающего наркомана — 28 лет;
- каждый год армия российских наркоманов пополняется 80 тыс. «новобранцев»;
- по количеству наркоманов Россия опережает государства Евросоюза в среднем в 5–8 раз, а по потреблению тяжелых наркотиков занимает одно из первых мест в мире.

Среди употребляющих наркотики внутривенно риск смерти в 20 раз выше, чем в популяции; именно с такой наркотической зависимостью связан **рост подростковой смертности** в России.

**Высокое артериальное давление** (артериальная гипертензия) — основная причина смертности и 2-я по важности причина заболеваемости (по количеству лет жизни с утратой трудоспособности) в России. У пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией в 3–4 раза выше риск развития инсульта и инфаркта миокарда, чем при нормальном артериальном давлении. В России около 34–46%

мужчин и 32–46% женщин (в зависимости от региона) страдают от артериальной гипертонии, однако эти данные не отражают достоверной картины: реальная распространенность может быть выше.

**Высокий уровень холестерина.** Приблизительно у 60% взрослых россиян уровень холестерина превышает рекомендуемый, при этом примерно у 20% он настолько высок, что требует медицинского вмешательства<sup>1</sup>. Снижение уровня холестерина в крови в популяции всего на 1% позволяет снизить риск развития ИБС в популяции на 2,5%.

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

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

Малоподвижный образ жизни усугубляет данную проблему. Известно, что умеренные, но регулярные физические упражнения улучшают физическое и психическое состояние, уменьшают вероятность развития болезней системы кровообращения, рака толстой кишки, сахарного диабета и высокого артериального давления. Исследования<sup>2</sup>, проведенные в 2002 г., свидетельствуют о низком уровне физической активности у 73–81% мужчин и 73–86% женщин в России.

---

<sup>1</sup> Оганов Р.Г. и др. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 216 с.

<sup>2</sup> Россия: рано умирать: Доклад Всемирного банка. — Декабрь, 2005.

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

**Плохие условия труда на производстве.** По данным Роспотребнадзора, в 2008 г. условия труда на 77% предприятий России были отнесены к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих. Наиболее высокие показатели численности работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, наблюдались в Кемеровской (51,1%), Архангельской (42%), Магаданской (41,4%), Мурманской (40,15%) областях и в Еврейской автономной области (41,1%). Это обусловлено несовершенством технологических процессов, износом основных фондов и крайним невниманием к охране труда со стороны работодателей. На производствах практически свернуты программы по охране и улучшению условий труда, формированию здорового образа жизни; закрылись медико-санитарные подразделения и отделы охраны труда на промышленных предприятиях с вредными условиями труда; снизилась обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты. Всё это в купе с недостаточной эффективностью лечения профессиональных заболеваний приводит к росту профессиональной заболеваемости и травматизма, в том числе и к росту запущенных случаев профессиональной патологии. Так, анализ причин заболеваемости в РФ показывает, что **до 40% заболеваний трудоспособного населения прямо или косвенно связано с неудовлетворительными условиями труда.**

Следует отметить, что Минздравсоцразвития России с 2010 г. ввело в действие новый порядок аккредитации организаций,

---

<sup>1</sup> <http://futuriti.ru/question/1143.html>.



занимающихся оказанием услуг в сфере охраны труда, а также разрабатывает новый порядок аттестации рабочих мест, но действие этих норм направлено **только** на улучшение условий труда. В стране необходимо комплексное решение проблемы: надо срочно обеспечить доступность профилактической и первичной медико-санитарной помощи для большинства работников предприятий непосредственно на производстве или вблизи его.

Таким образом, органы управления здравоохранением федерального и регионального уровня должны выступить инициаторами и координаторами межведомственных программ по профилактике алкоголизма, наркомании, табакокурения и пропаганде здорового образа жизни среди населения. Необходимо создать условия для медикаментозного лечения и реабилитации больных, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью. Важнейшим направлением, как уже указывалось в п. 1.1.1, должно стать обеспечение доступности лекарственных средств для населения, страдающего заболеваниями системы кровообращения, и развитие производственной медицины.

## 1.2. Социально-экономические вызовы

### 1.2.1. Недовольство населения качеством и доступностью медицинской помощи

**В РФ недовольны качеством и доступностью медицинской помощи 66% населения<sup>1</sup>** и этот показатель почти не меняется в течение последних 3 лет (в 2007 г. он составлял 69%). В странах ОЭСР не удовлетворены медицинской помощью только **30%** населения.

**Население постоянно и справедливо выражает недовольство неудовлетворительной доступностью медицинской помощи:** очередями в поликлиниках (повсеместно), сложностями в получении бесплатных лекарственных средств. Так, например, население РФ в денежном выражении в 3–4 раза меньше, чем в странах ОЭСР, обеспечено бесплатными ЛС в амбулаторных условиях при практически тех же ценах на них (см. раздел 1.3).

---

<sup>1</sup> Опросы общественного мнения ВЦИОМ и данные из «Доклада о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи».

Малодоступна населению и бесплатная высокотехнологичная медицинская помощь. По официальным данным, потребность населения в высокотехнологичной помощи удовлетворена на 80%<sup>1</sup>. Эти данные **необоснованны** и вводят в заблуждение и руководство страны, и население, поскольку общий объем высокотехнологичных операций, выполняемых в РФ, в разы меньше, чем в странах ОЭСР. Например, число операций реваскуляризации сосудов сердца в РФ делается в 4 раза меньше на 100 тыс. населения, чем в среднем в странах ОЭСР, при этом смертность, а соответственно, и заболеваемость от болезней системы кровообращения в 2,4 раза выше, чем в этих странах. Обеспеченность современным оборудованием, которое необходимо для высокотехнологичных вмешательств, также в разы ниже, чем в странах ОЭСР: например, обеспеченность компьютерными томографами в 3–4 раза ниже, магнитно-резонансными томографами — ниже в 3 раза в расчете на 1 млн населения.

Следует отметить, что потребность населения РФ во всех видах медицинской помощи выше, чем в странах ОЭСР, поскольку выше заболеваемость (на 30–40%) и выше доля пожилого населения (в 1,5 раза, соответственно 21% и 14,7%).

**Население РФ недовольно дороговизной платных медицинских услуг.** Так, стоимость приема в платной поликлинике составляет 2–3 тыс. руб., средний счет на лечение лекарственными средствами от гипертонии (повышенное артериальное давление) составляет 800 руб. в мес, комплект биохимических анализов — около 2 тыс. руб., операция реваскуляризации на сердце — около 150 тыс. руб. При этом в РФ 55% населения проживает на среднемесячные подушевые доходы менее 15 тыс. руб. в условиях постоянного роста расходов на другие первоочередные статьи затрат семейного бюджета: ЖКХ, продукты питания, транспорт, образование детей и др.

**Резко и справедливо выросло недоверие населения к квалификации врачей.** Об этом свидетельствуют многочисленные судебные разбирательства, публикации в прессе и неофициальные свидетельства

---

<sup>1</sup> «По новому закону, все медицинские услуги, включенные в программу госгарантий — в систему обязательного медстрахования и высокотехнологичную медицинскую помощь, — будут предоставляться бесплатно» (замминистра Вероника Скворцова «Независимой газете», 6 июля 2011 г.).

самых медицинских работников, а также объективные критерии — показатели качества медицинской помощи. Эти показатели в РФ в 2—3 раза хуже, чем в странах ОЭСР, что связано с низкой мотивацией медицинских работников и профессорско-преподавательского состава к качественному труду, с недостаточной квалификацией медицинских работников, отсутствием жесткого контроля со стороны государства за качеством и безопасностью медицинской помощи в медицинских организациях (см. раздел 1.3.3).

### 1.2.2. Недовольство медицинских работников

Нарастает недовольство и в медицинском сообществе: катастрофически низкой оплатой труда, отсутствием каких-либо перспектив на улучшение ситуации, зачастую произволом главных врачей по отношению к персоналу, неуважительным отношением общества в целом: региональных и местных властей, СМИ, пациентов. Сегодня оплата труда медицинских работников на 22% ниже, чем оплата труда в среднем по РФ, а у врачей — ниже на 10%. В странах ОЭСР отношение заработной платы врачей к средней оплате труда по стране **не ниже, а выше в 2—5 раз** (см. раздел 1.3). При этом утверждения некоторых экспертов, что медицинские работники живут за счет неофициальных платежей пациентов, может быть справедливо только для Москвы и Санкт-Петербурга (объем этих платежей составляет по РФ не более 30 млрд руб. в год, т.е. в пересчете на всю страну в среднем чуть более 800 руб. в месяц на одного практикующего врача, имеющего непосредственный контакт с пациентом). Организаторы здравоохранения (региональные министры, главные врачи больниц и поликлиник) практически оторваны от обсуждения и принятия решений в здравоохранении, с ними не проводится разъяснительная работа.

**Таким образом, отношение населения к здравоохранению характеризуется как отрицательное (особенно за пределами крупных мегаполисов).** Вместе с тем здравоохранение является отраслью, которая напрямую определяет настроение практически всего населения страны. Вложения в улучшение положения медицинских работников могут иметь дополнительный **мультипликативный эффект на настрой населения** (каждый врач ежедневно общается как минимум с 20 пациентами). Особенно это скажется на настроении

ях людей пенсионного и предпенсионного возраста, являющихся основными посетителями поликлиник для взрослых, а также дисциплинированными избирателями.

Положительный настрой в обществе имелся в 2006—2008 гг. и был связан с началом ПНП «Здоровье». Сегодня и пациенты, и медицинские работники вспоминают те годы, как годы эффективного развития здравоохранения, поскольку перемены в лучшую сторону касались напрямую как населения, так и медицинских работников. Эти перемены также положительно отразились и на демографических показателях здоровья населения.

Важнейшим уроком ПНП «Здоровье» стало то, что политическая воля — фактор, стимулирующий системные преобразования в здравоохранении и, как следствие, в улучшении здоровья населения. Даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (увеличение на 0,38% ВВП, или 10% общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года (с 2006 по 2009 г.) привели к позитивным изменениям в состоянии здоровья населения. За тот период смертность сократилась на 12% по сравнению с 2005 г., рождаемость возросла на 21%, а продолжительность жизни возросла на 3,6 года. Всё это позволило дополнительно сохранить 825 тыс. жизней граждан РФ.

Однако, как показано в разделе 1.1.2, с 2008 по 2010 г. темпы улучшения состояния здоровья населения РФ замедлились, а в 2010 г. эти показатели по сравнению с 2009 г. ухудшились. Главная причина этого — **стагнация в финансировании здравоохранения и неэффективное управление в отрасли** (см. далее раздел 1.3).

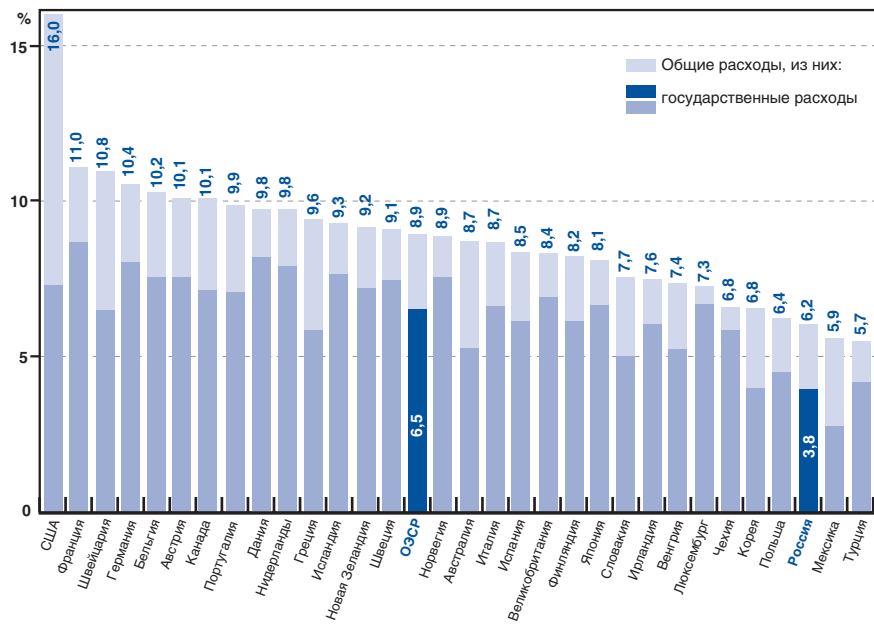
## 1.3. Вызовы отрасли «здравоохранение»

### 1.3.1. Недостаточное финансирование программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи

Первая и главная проблема, которая обуславливает недовольство населения и медицинских работников, а также замедление положительной динамики в состоянии здоровья населения, — это недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум **в 1,6 раза**. Нет достаточного финансирования — нет и достойной оплаты труда медицинского персонала, нет достаточного обеспечения населения лекарствами, нет возможности

выполнять современные стандарты лечения, нет современного оборудования и реактивов и т.п.

В РФ в 2010 г. государственные расходы на здравоохранение (включают расходы на программу государственных гарантий, образование, инвестиции в инфраструктуру и санитарно-эпидемиологическое благополучие) в доле ВВП (т.е. относительные расходы) составляли 3,7% (в 2008 г. — 3,4%; в 2009 г. — 3,8%), что в **1,8 раза ниже в доле ВВП**, чем в среднем в странах ОЭСР, — 6,5% ВВП (рис. 11).



**Рис. 11.** Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах

В абсолютных показателях — на душу населения в год в \$ППС (т.е. оцененные по паритету покупательной способности доллара США)<sup>1</sup> в России на 1 человека из государственных источников

<sup>1</sup> 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. стоимость 1 \$ППС принята за 15 руб., в 2008 г. — за 15,5 руб., в 2009 — за 15,5 руб.; в 2010 — за 16 руб. По 2010 г. — данные Росстата.

тратится 713 \$ППС<sup>1</sup>, что в 3 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР, и в 1,5–2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС.

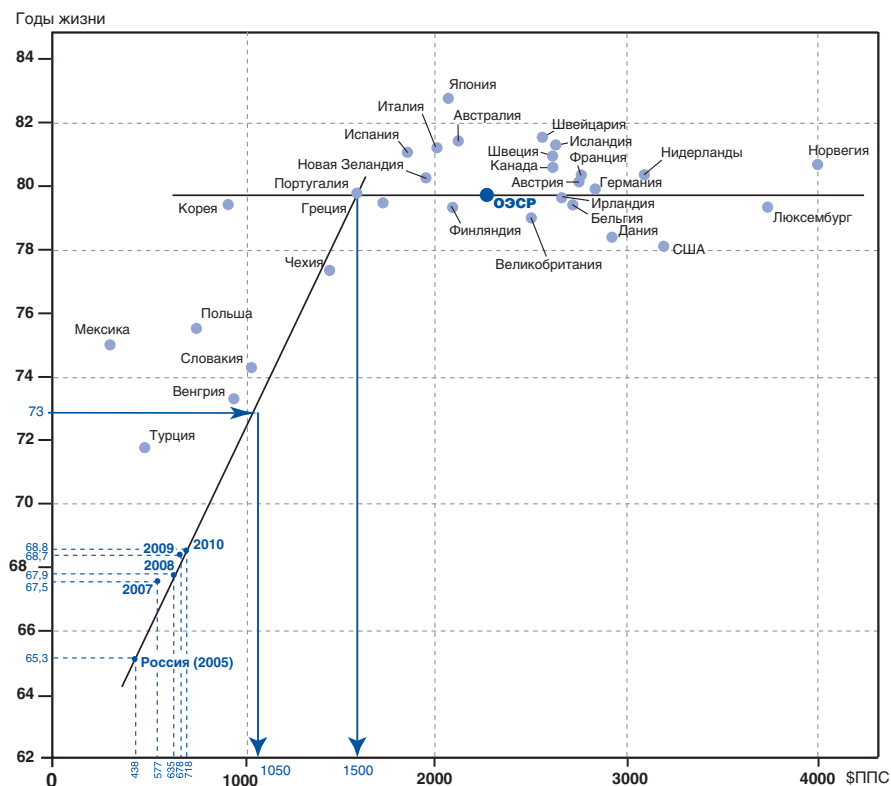
Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (633 \$ППС против 2000 \$ППС)<sup>2</sup> в 2009 г. в 90% субъектов РФ (74 из 83) эта программа не была выполнена: недофинансирование по сравнению с федеральным нормативом составило огромную сумму — **385 млрд руб.** В 2010 г. объем дефицита ПГГ в 74 субъектах РФ составил **337,2 млрд руб.** И эта проблема существенного недофинансирования ПГГ наблюдается в абсолютном 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.

**Обоснование необходимых объемов финансирования бесплатной медицинской помощи.** Для того, чтобы определить, сколько необходимо тратить на общественную систему здравоохранения, чтобы достичь целевых показателей здоровья, можно изучить взаимозависимость между государственным финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения. На рис. 12 представлена зависимость ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год. Видно, что при государственных расходах на душу населения в пределах 0–1500 \$ППС существует прямо пропорциональная зависимость ожидаемой продолжительности жизни от этих расходов и для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 73 и 75 лет необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ были соответственно равны 1000–1100 \$ППС, или около 17,5 тыс. руб. на душу населения в год в ценах 2010 г.

Из рис. 12 также видно, что в странах, где потребление алкоголя минимально (см. также рис. 9): в Турции и Мексике, или отно-

<sup>1</sup> Всего в РФ на здравоохранение в 2010 г. из государственных источников было затрачено около 1650 млрд руб.

<sup>2</sup> Указаны расходы только на бесплатную медицинскую помощь, без учета расходов на инвестиции и образование.

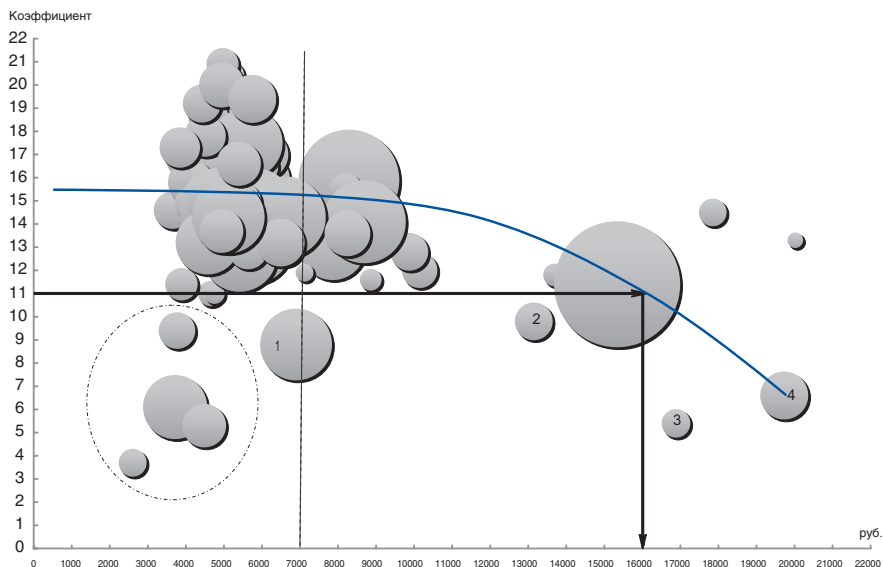


**Рис. 12.** Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от государственных подушевых расходов на здравоохранение, \$ППС

сительно невысокое (Южная Корея), значение ОПЖ значительно выше, при сравнительно низком уровне подушевого государственного финансирования здравоохранения.

Аналогичная зависимость (рис. 13) выявлена между уровнем смертности в 82 субъектах РФ<sup>1</sup> и подушевыми расходами на территориальную программу государственных гарантий (ТПГГ) в 2009 г. На рис. 13 площадь круга пропорциональна численности населения субъекта РФ. Видно, что финансирование менее чем 7 тыс.

<sup>1</sup> 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.



**Рис. 13.** Зависимость между подушевыми расходами на ТПГГ в год и ОКС.

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 16 тыс. руб., что соответствует 1000 \$ППС. С учетом дополнительных затрат на финансирование федеральных образовательных учреждений здравоохранения и строительство в сумме около 10% всех затрат на здравоохранение общее подушевое финансирование составит 1100 \$ППС, что близко к значениям 1000–1100 \$ППС, полученным из рис. 12. Это значит, что государственное финансирование здравоохранения по отношению к 2010 г. должно быть увеличено **в 1,6 раза, или на 1 трлн руб.** с 1650 млрд до 2650 млрд руб. в год.

Следует отметить, что круги в зоне, отмеченной пунктиром, относятся к северо-кавказским республикам, в которых средний возраст населения моложе среднего по России на 7,5–11 лет. Кроме того, что существенно, население этих республик 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. На рис. 13 круг с цифрой 1 отно-



сится к Тюменской области, где средний возраст населения на 4 года меньше, чем средний по России, поэтому при аналогичном с другими регионами финансировании значение ОКС в нем ниже.

Особо необходимо подчеркнуть, что за счет средств населения расходы на здравоохранение увеличиваться не могут. В 2009 г. в РФ частные расходы на медицинскую помощь составили 32% общих расходов на здравоохранение (в 2008 г. — 31%). Они выше, чем в развитых странах, — 27%. Эти расходы складываются из личных расходов населения на платные медицинские услуги, ЛС, санаторнокурортные услуги, а также из взносов населения и работодателей на ДМС. Дальнейшее увеличение тарифов страховых взносов также крайне нежелательно из-за усиления налоговой нагрузки на ФОТ, а также на малый и средний бизнес.

Дополнительно при обсуждении вопроса о программе государственных гарантий следует отметить несоответствие **объемов** медицинской помощи по программе государственных гарантий (ПГГ) реальным потребностям населения РФ в медицинской помощи. Так, с 1999 по 2010 г. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились. Вместе с тем заболеваемость населения в период с 1999 по 2010 г. увеличилась в **1,2 раза** (см. рис. 4), а доля пожилого населения возросла на **2%**. Одновременно изменились и технологии оказания медицинской помощи: появились лекарственные средства, позволяющие провести лечение многих заболеваний амбулаторно (антигипертензивные, противоязвенные и др.). Всё это должно было повлечь за собой изменение не только нормативов финансирования, но и нормативов объемов медицинской помощи и их структуры. Однако этого не произошло.

Таким образом, для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 73 года и общего коэффициента смертности 11,0 (а именно такие цели ставят Президент и Правительство РФ к 2020 г.) необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были не менее чем 1100 \$ППС, или 17,5 тыс. руб. в год, т.е. были бы увеличены в 1,6 раза. Правительству РФ необходимо изыскать эти дополнительные средства, как это сделали правительства «новых» стран ЕС, которые, имея близкий к РФ ВВП на душу населения (19 тыс. \$ППС в год), затрачивают на финансирование здравоохранения из общественных источников в 1,5–2 раза больше на душу населения, чем в РФ.

### 1.3.2. Дефицит медицинских кадров

Необходимо четко понимать, что не будет врачей — не будет и доступной медицинской помощи.

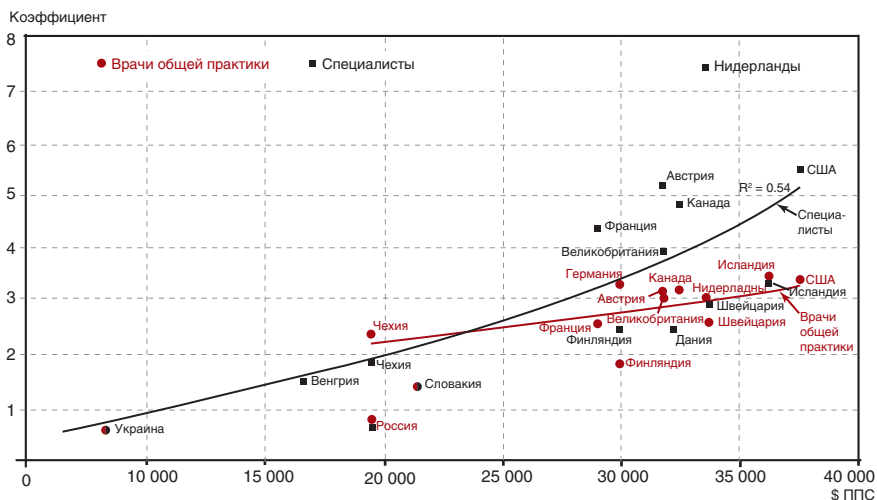
Однако сегодня, по данным Минздравсоцразвития, дефицит врачей составляет около 30%. Этот дефицит по ряду врачебных специальностей в 2 раза превышает расчетный норматив. Среди этих врачебных специальностей — врачи-лаборанты, врачи-патологоанатомы, врачи-рентгенологи, участковые врачи-терапевты, педиатры и др.

Дефицит обусловлен низкой заработной платой медицинских работников: она на 22% ниже, чем в среднем в экономике (соответственно 15,6 тыс. и 20 тыс. руб. в 2010 г.). Более того, из-за демографического провала (т.е. снижения числа выпускников школ в 2 раза в ближайшее десятилетие) и из-за высокой доли врачей предпенсионного и пенсионного возраста (около 50%) сохранение низкой оплаты труда в отрасли приведет к существенной нехватке врачей и среднего медицинского персонала в самое ближайшее время. В результате доступность медицинской помощи снизится еще значительно.

Всего обеспеченность врачами в РФ на 1000 населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов в 2010 г. 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, минимум на 40–50%, поэтому утверждения некоторых экспертов об избытке врачей в РФ **необоснованны**.

Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, имеющих аналогичный с РФ ВВП на душу населения (около 19 тыс. \$ППС в год), то в этих странах врач получает в 1,5–2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах (рис. 14).

Более того, в РФ наблюдается неоптимальная структура медицинских кадров по сравнению с развитыми странами: обеспеченность врачами первичного звена в 1,7 раза ниже; соотношение врачей и среднего медицинского персонала в РФ составляет 1:2,4, тогда как в развитых странах оно в среднем равняется 1:3. Необходи-



**Рис. 14.** Зависимость отношения заработной платы врачей: участковых врачей и врачей общей практики и врачей специалистов – к средней зарплате по стране от ВВП на душу населения в год

можно также отметить неоптимальное распределение медицинских кадров: в сельской местности обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, соответственно, в 4 и 2 раза ниже, чем в среднем по РФ.

Следует также обратить внимание на низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава вузов (в среднем он не превышает 15–20 тыс. руб. в месяц) что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов и последипломного образования врачей.

Таким образом, для повышения мотивации медицинских кадров необходимо повысить оплату труда медицинских работников минимум в 1,5 раза, тогда она будет на 15% выше, чем в среднем в экономике. Эта мера должна сопровождаться внедрением дифференцированных подходов к оплате труда по единым критериям в зависимости от его качества и интенсивности. Оплата труда профессорско-преподавательского состава должна быть повышена в 2 раза. Зарплата профессора медицинского вуза должна соответствовать оплате труда главного врача крупной клиники федерального или регионального уровня.

### 1.3.3. Низкая квалификация медицинских кадров

Результаты медицинской помощи более чем наполовину зависят от квалификации врачей; другая часть определяется всеми остальными факторами, вместе взятыми, среди них оснащённость клиник, наличие организационных правил и стандартов, общий уровень финансирования здравоохранения, обеспеченность медицинским персоналом, койками и др. Необходимо четко понимать, что всё самое важное происходит в точке взаимодействия «врач — пациент». Могут внедряться какие угодно современные технологии и проводиться строительство и оснащение клиник, но если врач не владеет современными знаниями в области диагностики и лечения заболеваний, то результаты оказания медицинской помощи непредсказуемы!

Вместе с тем в нашей стране квалификация врачей **неудовлетворительна**. Об этом свидетельствуют показатели, характеризующие качество и безопасность медицинской помощи пациентам, которые существенно отстают от развитых стран. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, смертность больных с бронхиальной астмой и другие показатели в 2–3 раза хуже, чем в странах ОЭСР (в табл. 1 приведены только некоторые из этих показателей).

Таблица 1

#### 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>Качество и безопасность медицинской помощи</i>                                                          |               |                                                                     |
| Профилактика: распространённость табакокурения среди взрослого населения                                   | 40%           | 24%                                                                 |
| Профилактика: доля пациентов, получивших консультации врачей первичного контакта по здоровому образу жизни | Не измеряется | 90%                                                                 |

Окончание табл. 1.

| Показатель                                                                                                                                                                  | Значение в РФ                                                                      | Значение показателя в странах ОЭСР (среднее, если не указано иначе) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Эффективность лечения: соответствие лечения клиническим рекомендациям профессиональных обществ                                                                              | Не измеряется (экспертно обеспеченность клиническими рекомендациями врачей 10–15%) | 80–90%                                                              |
| Эффективность лечения: летальность пациентов с инфарктом миокарда в стационаре (нестандартизованный показатель)                                                             | 20%                                                                                | 7,7%                                                                |
| Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость больных с колоректальным раком                                                                                                 | 48%                                                                                | 59%                                                                 |
| Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с раком шейки матки                                                                                                            | 68%                                                                                | 72%                                                                 |
| Эффективность лечения: 5-летняя выживаемость с раком молочной железы                                                                                                        | 56%                                                                                | 85%                                                                 |
| Эффективность лечения: смертность от бронхиальной астмы на 100 тыс. взрослого населения (старше 18 лет)                                                                     | 2,3                                                                                | 0,18                                                                |
| Эффективность медико-социальной помощи: доля пациентов, имеющих пролежни в домах сестринского ухода от общего числа пациентов, имеющих риск их развития                     | Не измеряется                                                                      | 5%                                                                  |
| Безопасность пациентов: доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарных условиях                                                                          | Не измеряется                                                                      | 4,4% (для заболеваний сердечно-сосудистой системы)                  |
| Число пациентов, заявивших о медицинской ошибке во время лечения                                                                                                            | Не измеряется                                                                      | 5–6%                                                                |
| Стандартизованный (по полу, возрасту, диагнозу и длительности пребывания в стационаре) коэффициент летальности в стационаре (отношение фактической летальности к ожидаемой) | Не измеряется                                                                      | 85%                                                                 |

Ситуация усугубляется, как уже было сказано, низкой заработной платой медицинских работников, которая не позволяет им

самостоятельно покрыть расходы на непрерывное медицинское образование, и отсутствием средств у большинства муниципальных больниц и поликлиник на обучение медицинских работников. И всё это происходит в условиях бурного развития высоких технологий в медицине и превращения этой отрасли экономики в **самую сложнейшую высокотехнологичную систему**.

Недостаточная квалификация медицинских работников приводит к осложнениям в лечении, врачебным ошибкам, что также сопряжено с дополнительными затратами системы здравоохранения. Так, в РФ от врачебных ошибок умирают минимум **100 тыс. человек** в год, или **в 4 раза** больше, чем в ДТП (24 тыс. человек). В США, где численность в 2,2 раза больше, от врачебных ошибок ежегодно также погибают около 100 тыс. человек, что больше, чем от рака молочной железы, СПИДа и смертей в автомобильных катастрофах, вместе взятых, и обходится это экономике США до 20 млрд \$ США.

Главная причина неудовлетворительной квалификации врачей — несовершенство системы повышения квалификации врачей в РФ. Сегодня медицинские работники повышают свою квалификацию только один раз в 5 лет (144 ч), причем имеющиеся курсы повышения квалификации в большинстве случаев носят формальный характер и отвлекают врача на длительный срок от практической деятельности. В образовании врачей практически не используются современные информационные и дистанционные технологии обучения, на рабочих местах врачей отсутствуют современные руководства, и не обеспечен доступ к электронным медицинским библиотекам. Следует также обратить внимание на низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава вузов постдипломного образования, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения слушателей.

Для того чтобы предотвратить потери жизни пациентов и эффективно использовать средства здравоохранения, все развитые страны обучают своих врачей непрерывно — это называется системой непрерывного профессионального образования или развития (НМО). Каждый врач обязан ежегодно пройти 50 часов (или баллов) образовательной активности, а за 5 лет накопить не менее 250 ч. Все данные по прохождению НМО каждым врачом фиксиру-

ются в специальных реестрах врачей. Каждые 5 лет или 3 года для продления сертификата специалиста врач должен сдать экзамен. Без накопления установленного числа кредитов врач к экзамену не допускается, ему не продлевается сертификат специалиста (право работы по определенной специальности) и лицензия на право занятия медицинской деятельностью, а больница или поликлиника, в которой он работает, не сможет пройти аккредитацию. Разработкой требований к НМО, обучением врачей и организацией экзаменов для продления сертификата специалиста в большинстве стран занимаются **профессиональные медицинские объединения**.

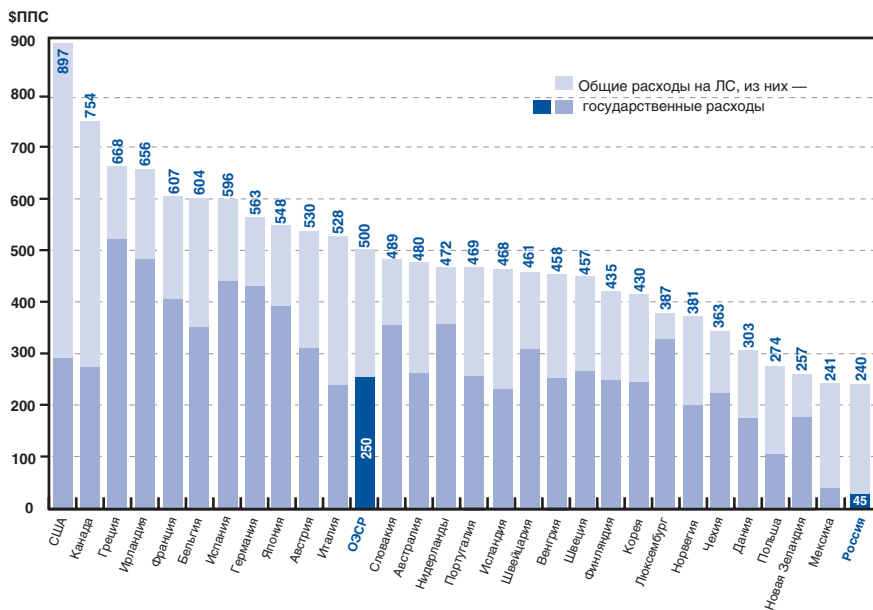
Таким образом, важнейшим направлением развития здравоохранения является повышение квалификации врачей путем развития непрерывного медицинского образования, в том числе путем ежегодного накопления медицинским работником установленного числа кредитов (или часов образовательной активности), оснащения рабочих мест врачей современными информационно-образовательными материалами и доступом к электронной медицинской библиотеке, посещения ими конференций и семинаров. Обучение должно проходить с применением современных информационных и дистанционных форм обучения.

### 1.3.4. Низкая доступность лекарственных средств в амбулаторных условиях

Успехи стран ЕС в снижении смертности от предотвратимых причин (как минимум в 2 раза) за последние 20 лет были достигнуты благодаря государственным программам, направленным на повышение приверженности населения к здоровому образу жизни и увеличению доступности и качества медицинской помощи, причем важнейшую роль в этом сыграли **высокоэффективные лекарственные средства** для лечения гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, болезней системы пищеварения и др.

В свою очередь, обеспечение населения РФ бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях **крайне неудовлетворительно**. За счет государственных источников оно составляет около **100 млрд руб.** в год, что в **5 раз ниже**, чем в странах ОЭСР в среднем при пересчете в \$ППС на душу населения в год (соответственно 45 и 250 \$ППС, рис. 15). При этом цены на ле-

карства в РФ и в этих странах практически одинаковые. Даже в относительных величинах в доле ВВП мы тратим на лекарства **в 3,6 раза меньше**, чем в среднем в странах ОЭСР, включая «новые» страны ЕС, – соответственно 0,25% и 0,9% ВВП.



**Рис. 15.** Расходы на лекарства в странах ОЭСР и РФ в \$ППС на душу населения в год (темный столбик – из государственных источников), 2009 г.

Более того, в развитых странах, включая большинство «новых» стран ЕС, **все нуждающиеся** получают эти лекарства бесплатно, а у нас только «определенные» категории, преимущественно инвалиды, большинство которых отказываются от лекарств в пользу денежной компенсации. Всего в РФ бесплатные лекарства получают около 5 млн человек, или 3,5% всего населения. Если даже добиться достаточной численности врачей в амбулаторных условиях, но при этом пациент не будет потреблять необходимые лекарственные препараты, то **эффекта от посещения врача не будет**.

Следует отметить, что бесплатное лекарственное обеспечение населения особенно актуально в связи с тем, что большинство граждан не могут самостоятельно заплатить за дорогостоящие лекарства (см. раздел 1.2.1).



Все последние предложения Минздравсоцразвития РФ об увеличении лекарственного обеспечения населения касались только малочисленных категорий пациентов. Например, программа «7 нозологий» (для лечения больных муковисцидозом, гемофилией, гипофизарным нанизмом и другими заболеваниями) охватывает только 50 тыс. человек, ее стоимость — около 40 млрд руб. А программа для лечения «орфанных», или редких, заболеваний направлена на 12 тыс. человек, ее стоимость — 4 млрд руб. Этого **абсолютно недостаточно**, чтобы воздействовать на снижение заболеваемости и смертности населения в стране, где ежегодно умирает от болезней системы кровообращения 1,140 млн человек, из них около 200 тыс. человек в трудоспособном возрасте.

Таким образом, необходимо как минимум в 3 раза увеличить объем бесплатного лекарственного обеспечения населения, причем в первую очередь детей и граждан, страдающих заболеваниями системы кровообращения.

### 1.3.5. Неэффективное управление

Эффективность означает, что поставленные цели должны быть решены наименее затратным путем. В здравоохранении высокая эффективность достигается путем применения методов стратегического планирования, выделения приоритетов, взаимосбалансированности развития различных направлений, а также путем принятия научно обоснованных решений и внедрения системы ответственности органов управления здравоохранением по достижению поставленных Правительством целей на федеральном и региональном уровнях. В этом отношении в управлении здравоохранением имеются **серьезнейшие недостатки**.

**Во-первых**, в РФ отсутствует долгосрочная Стратегия или Концепция развития здравоохранения с целями, задачами, механизмами реализации и показателями для контроля.

**Во-вторых**, отсутствует система оценки деятельности руководителей здравоохранения всех уровней (в том числе ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности и др. Имеющиеся отчеты Минрегионразвития РФ об

эффективности деятельности органов исполнительной власти (в части здравоохранения) не отражают реальной картины в регионах, так как сравнение идет по устаревшим (времен Советского Союза) и недифференцированным нормативам, например без разделения коек по уровню интенсивности и врачей на врачей первичного контакта и специалистов. Более того, сами организаторы здравоохранения на всех уровнях нуждаются **в существенном повышении квалификации** на соответствие современному уровню управления.

**В-третьих**, неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств, что ведет к неэффективному их использованию. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокий риск коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупка дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. Например, можно поставить дорогостоящее оборудование и отремонтировать здания и сооружения с превышением реальной стоимости **в 2–3 раза**, но если на этом оборудовании некому будет работать, то это означает, что средства истрачены неэффективно. Или, например, можно обеспечить доступность врачей первичного звена, но при этом не обеспечить доступность лекарственных средств населению или высокую квалификацию практикующих врачей. В этом случае государственные средства, затраченные на увеличение численности врачей, будут также израсходованы неэффективно.

**В-четвертых**, в ряде случаев имеет место низкая научная обоснованность принимаемых решений в здравоохранении и не принимается во внимание мнение профессиональной медицинской общественности. Например, утверждением порядков и стандартов медицинской помощи занимается комиссия, в состав которой вошли практически только одни чиновники, кроме одного — руководителя академического клинического учреждения. Более того, важно развивать те направления, которые уже доказали свою эффективность на примере РФ в прошлые периоды и за рубежом. К таким направлениям относится развитие производственной и школьной медицины, массовые профилактические программы, направленные на формирование у населения здорового образа жизни.

**В-пятых,** действующая **система контроля за качеством медицинской помощи (КМП)** не соответствует современным международным стандартам и лишена независимости. Например, в РФ отсутствует система аккредитации МО, а существует только система лицензирования, в которой акцент сделан на оценку инфраструктурной составляющей, без учета качества деятельности МО и самих медицинских работников. Далее, имеющаяся система контроля КМП в системе ОМС в основном ориентирована на применение штрафных санкций при нарушении КМП, а не на исправление и предупреждение этих недостатков. Более того, проверяющие органы (страховые медицинские организации) сами заинтересованы в увеличении штрафов, так как часть этих средств идет на пополнении их счетов, т.е. проводимый ими контроль лишается независимости (статьи 28 и 41 ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании»).

**В-шестых,** недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие, как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, не составляются рейтинги ЛПУ, не применяются экономические стимулы для достижения запланированных результатов. Например, при внедрении дифференцированных систем оплаты труда не были разработаны единые показатели оценки качества работы врачей, что создало условия для свободного трактования этой работы со стороны руководителей медицинских организаций, что в свою очередь привело к нарушению прав медицинских работников и **свело на нет** правильную инициативу.

Таким образом, важнейшим направлением деятельности должно стать повышение эффективности вложений в систему здравоохранения. Для этого необходимо разработать долгосрочную Концепцию развития здравоохранения, внедрить современные системы управления качеством медицинской помощи, установить ответственность руководителей здравоохранения всех уровней за достижение целевых демографических показателей и показателей по улучшению здоровья населения, качества и доступности медицинской помощи; повысить квалификацию управленческих кадров и внедрить эффективную систему контроля за результатами деятельности системы здравоохранения на всех уровнях.

## ОТВЕЧАЕТ ЛИ НА ГЛАВНЫЕ ВЫЗОВЫ ОТРАСЛИ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» ЗАКОНОПРОЕКТ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»?

### 2.1. Кратко о законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан» необходимо рассматривать в свете подписанного **29 ноября 2010 г. закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№ 326-ФЗ)**. Этот закон предусматривает серьезные положительные нормы:

- ▶ централизацию финансирования системы ОМС на уровне Федерального фонда ОМС;
- ▶ нормирование тарифов страховых взносов на неработающее население;
- ▶ изменение структуры тарифа на ОМС — с 2013 г. включение расходов на содержание учреждения, а также включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (2013 г.) и высокотехнологичной помощи (2015 г.), т. е. организацию одноканального финансирования;
- ▶ повышение ответственности регионов за оказание ПМСП;
- ▶ обязательное исполнение порядков и стандартов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС и формирование критериев эффективности этих программ.

Вместе с тем имеется определенный риск в реализации этого закона, что требует решения в других федеральных законах или подзаконных актах. Например, централизация финансирования с последующим перераспределением средств в регионы в условиях общего дефицита этих средств может поставить под угрозу объемы финансирования здравоохранения в относительно богатых субъектах РФ; соответственно, может пострадать заработная плата врачей. Далее, в этом законе акцентируются меры по расширению прав пациента в выборе врача и медицинской организации (МО), без учета территориального принципа прикрепления населения, этапов и

уровней оказания медицинской помощи пациентам, что приведет к дополнительным затратам в системе. Задача состоит не в предоставлении свободы выбора пациенту, а в обеспечении доступности и качества медицинской помощи в большинстве МО (а эти организации, как правило, находятся по месту жительства пациента).

И еще остается один важный вопрос, требующий разрешения: каким образом будет гарантировано качество медицинской помощи в МО всех форм собственности, которым в соответствии с законом, разрешено участвовать в реализации программы государственных гарантий по этому закону. Эта позиция очень важна в условиях либерализации государственного контроля, в частности госконтроля в здравоохранении и перехода на уведомительный характер лицензирования МО. Однако такой переход несет огромные риски, потому что здравоохранение — это сложная высокотехнологичная отрасль, в которой любые непродуманные вмешательства являются прямой угрозой **безопасности и жизни пациента**. Поэтому систему лицензирования надо актуализировать: например, реформировать ее в обязательную аккредитацию МО, как это принято сегодня во всех развитых странах.

И наконец, непонятно, где взять деньги на обязательные порядки и стандарты (которые, конечно, нужны в здравоохранении). Для того чтобы обеспечить медицинскую помощь по современным порядкам и стандартам, денег в здравоохранении нужно как минимум в 1,6 раза больше в то время как сегодня даже существующий минимальный подушевой финансовый норматив ПГГ, установленный на федеральном уровне, не исполняется в 90% субъектов РФ (см. раздел 1.3.1).

В рамках этого закона также предусмотрено выделение средств на так называемые «Региональные программы модернизации здравоохранения» на 2011–2012 гг. Эти программы за счет дополнительных средств от увеличения тарифов страховых взносов на 2% в ФОМС предусматривают расходы по 3 направлениям: вложения в инфраструктуру МО (65%), информатизацию (6%), в тарифы по оказанию медицинской помощи (29%). Без сомнения, все эти направления важны, но акцент в структуре расходов должен быть поставлен **по-другому**: 55% — на тарифы (в которых

больше половины составляет заработная плата медицинских работников), 10% — на повышение квалификации (а таких средств вообще в программе не предусмотрено), и только 25% — на материально-техническое обеспечение и 10% — на информатизацию. В противном случае мы можем столкнуться с ситуацией, когда здание отремонтировано, оборудование стоит, а работать на всём этом некому, особенно в отдаленных и сельских районах.

Таким образом, можно заключить, что законопроект «Об обязательном медицинском страховании в РФ» создает важные предпосылки для справедливого распределения средств между регионами и повышения эффективности управления финансовыми средствами ПГГ, но не решает ключевых проблем здравоохранения. В связи с этим очень важно, чтобы законопроект «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» предусматривал их решение.

## 2.2. Положительные нормы законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Следует отметить несколько положительных норм обсуждаемого законопроекта.

1. **Передача полномочий** по оказанию первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи с муниципального уровня на уровень субъекта РФ. Эта норма продиктована тем, что у большинства муниципальных образований было недостаточно средств на оказание данных видов медицинской помощи.

Поскольку этот вопрос остро дискутируется, следует привести **аргументы в защиту централизации финансирования и управления здравоохранением** на региональном уровне. Во-первых, большинство стран сегодня рецентрализуют свои системы финансирования здравоохранения для достижения равенства различных регионов в финансовом обеспечении медицинской помощи. Во-вторых, «бедные» системы здравоохранения (как в РФ) должны быть централизованы: так легче ими управлять и их контролировать.

Некоторые эксперты выступают против централизации управления здравоохранением, мотивируя это тем, что это приведет к снятию ответственности с муниципалитетов за оказание первичной

медико-санитарной помощи и содержание инфраструктуры медицинских организаций, в том числе к закрытию районных больниц, включая центральные, и, как следствие, к снижению доступности медицинской помощи. В ответ можно однозначно сказать, что районные больницы и так закрываются, так как не решена проблема с недофинансированием здравоохранения и привлечением медицинских кадров в сельские районы. Кроме того, большинство муниципалитетов в РФ — бедные и всё равно получают средства на муниципальные нужды, в том числе на содержание больниц и поликлиник, из регионального бюджета, т.е. для них это упрощение процедуры финансирования. В дискуссиях, проведенных по этому вопросу в Государственной Думе, возражали против централизации полномочий только богатые муниципалитеты — в основном большие города, поскольку это во многом ограничивает их власть над распределением финансовых ресурсов в здравоохранении.

Что касается ответственности региональных Правительств за доступность медицинской помощи во всех своих муниципалитетах, то для этого необходимо установить для каждого региона и муниципалитета целевые показатели по улучшению здоровья населения и по доступности и качеству медицинской помощи (что частично предусмотрено законопроектом в статье 14, часть 2, п. 2). Более того, в законопроекте должно быть предусмотрено требование ответственности региональных органов власти за достижение этих установленных целевых показателей и публичной отчетности данных органов, однако это не предусмотрено законопроектом (см. раздел 2.8).

Также в связи с принятием этой нормы возникает вопрос, как быть в случае, если средств на реализацию переданных полномочий **не будет хватать и у субъекта РФ**. Этот вопрос ответа в законопроекте не имеет (см. раздел 2.4).

**2. Положение о предоставлении медицинской помощи по участково-территориальному принципу, использование системы направлений.** Эти положения устраняют риск снижения координации медицинской помощи населению, вводимый положениями законопроекта «Об обязательном медицинском страховании», которые декларируют право выбора пациентом врача и медицинской организации.

**3. Законопроект решает также отдельные узкоспециализированные вопросы** здравоохранения: в детской трансплантологии, в

лечении орфанных заболеваний, в применении репродуктивных технологий и др.

Все эти вопросы важны, но первоочередная цель главного закона страны по охране здоровья граждан — закрепить организационные и финансовые механизмы для защиты и укрепления здоровья **всех граждан РФ**, а также для обеспечения доступной и качественной медицинской помощью **всех заболевших**.

## 2.3. Позволит ли законопроект улучшить демографические показатели и показатели здоровья населения?

Как уже было сказано в разделе 1.1., достижение численности населения РФ до 144 млн к 2020 г. в ситуации, когда сокращается число женщин детородного возраста, возможно только за счет снижения смертности населения от предотвратимых причин. Соответственно, основную роль в снижении смертности населения играет деятельность системы здравоохранения и проведение государственных программ по повышению приверженности населения здоровому образу жизни. Чтобы снизилась заболеваемость и преждевременная смертность населения, медицинская помощь должна быть **бесплатной, доступной и качественной**. Более того, имеющиеся государственные средства должны расходоваться **эффективно**. А принимаемые государственные программы по здоровому образу жизни должны быть **действенными, хорошо скоординированными** и достаточно **финансироваться**. Далее рассматривается, создает ли законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» механизмы для решения этих вопросов.

## 2.4. Позволит ли законопроект расширить и закрепить права граждан на получение бесплатной медицинской помощи, предусмотренных статьей 41 Конституции РФ?

Законопроект не расширяет и не закрепляет права граждан на получение **бесплатной медицинской помощи**. Обеспечение права граждан на бесплатную медицинскую помощь регламентируется нормами законопроекта, которые описывают Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помо-



щи, утверждаемую на федеральном уровне (далее ПГГ, статья 80), территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (далее ТПГГ, статья 81) и финансовое обеспечение охраны здоровья (статьи 82–84). Структура этих программ и соответствующие им источники финансирования представлены в табл. 2.

Из табл. 2 следует:

1. Нормы законопроекта, реализующие права граждан на бесплатную медицинскую помощь, изложены **путанно и несистемно**. Например, структуры ПГГ и ТПГГ не совпадают: в ТПГГ в отличие от ПГГ не перечислены виды медицинской помощи, предоставляемые населению РФ бесплатно. В ТПГГ не прописано, что в ней должны быть указаны тарифы и способы оплаты медицинской помощи, как это указано в ПГГ. Лечение граждан, страдающих орфанными заболеваниями, выпало из описания ПГГ, зато упоминается в ТПГГ.

2. Ряд гарантий медицинской помощи **просто выпал** из описания в обеих программах (и ПГГ, и ТПГГ): это санаторно-курортная помощь и гарантии бесплатного лекарственного обеспечения лиц, больных гемофилией и другими заболеваниями, входящими в программу «7 нозологий» (хотя в источниках финансирования программ эти виды помощи упоминаются). Государственная социальная помощь отдельным категориям граждан, имеющим право на набор социальных услуг (или программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами – ОНЛС), не упоминается ни в программах, ни в источниках финансирования.

**Медико-социальная помощь** как вид медицинской помощи в программах также не упоминается, только в статье 43 необоснованно указано, что особенности оказания медицинской помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, могут регламентироваться отдельными федеральными законами. В действующих «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» есть указание на медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и указан источник финансирования этой помощи. За рубежом этот вид помощи называется медико-социальной помощью, или услугами

Таблица 2  
Структура и содержание статей программы государственных гарантий бесплатного обеспечения населения медицинской помощью и соответствующие этим статьям источники финансирования по законопроекту «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

| Структура и содержание программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи | Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 80 | Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 81 | Источник финансирования видов медицинской помощи и отдельных статей программ государственных гарантий Глава 11, статья 83 |                    |                     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
|                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                | Средства ОМС                                                                                                              | Бюджет федеральный | Бюджет субъектов РФ | Иные источники |
| I. ВИДЫ ПОМОЩИ                                                                                   |                                                                                                |                                                                                                                |                                                                                                                           |                    |                     |                |
| Первичная медико-санитарная                                                                      | Указано                                                                                        | Не указано                                                                                                     | +                                                                                                                         | -                  | +                   | +              |
| Специализированная, в том числе высокотехнологичная                                              | Указано                                                                                        | Не указано                                                                                                     | +                                                                                                                         | +                  | +                   | +              |
| Скорая, в том числе скорая специализированная                                                    | Указано                                                                                        | Не указано                                                                                                     | +                                                                                                                         | +                  | +                   | -              |
| Паллиативная                                                                                     | Указано                                                                                        | Не указано                                                                                                     | -                                                                                                                         | -                  | +                   | +              |
| Санаторно-курортное лечение или помощь – в законе написано по-разному                            | Не указано                                                                                     | Не указано                                                                                                     | -                                                                                                                         | +                  | +                   | +              |

Продолжение табл. 2.

| Структура и содержание программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи                                                                                                                                                             | Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 80 | Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи Глава 10, статья 81 | Источник финансирования видов медицинской помощи и отдельных статей программ государственных гарантий Глава 11, статья 83 |                                                                       |                     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                              | Средства ОМС                                                                                                              | Бюджет федеральный                                                    | Бюджет субъектов РФ | Иные источники |
| II. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ                                                                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                                                                              |                                                                                                                           |                                                                       |                     |                |
| Бесплатное лекарственное обеспечение лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, злокачественными новообразованиями лимфатической, кроветворной и родственных тканей, рассеянным склерозом, после трансплантации органов и (или) тканей. | Не указано                                                                                     | Не указано                                                                                                   | -                                                                                                                         | +<br>ассигнования передаются в регионы в виде субвенций см. статья 15 | -                   | -              |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | Не указано (см. отдельная статья 44)                                                           | Указано                                                                                                      | -                                                                                                                         | -                                                                     | +                   | -              |
| Лечение граждан, зарегистрированных в установленном порядке на территории РФ, лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в Перечень жизнеугрожающих острых и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний                   | Не указано (см. отдельная статья 44)                                                           | Указано                                                                                                      | -                                                                                                                         | -                                                                     | +                   | -              |

Продолжение табл. 2.

| Структура и содержание программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи                                                                                                                                                    | Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 80                                                                                | Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи Глава 10, статья 81                                                                                                                                                 | Источники финансирования видов медицинской помощи и отдельных статей программ государственных гарантий Глава 11, статья 83 |                    |                     |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              | Средства ОМС                                                                                                               | Бюджет федеральный | Бюджет субъектов РФ | Иные источники |
| Государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора НСУ в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами питания для детей-инвалидов | Не указано                                                                                                                                                                    | Не указано. Написано только, что должен быть перечень лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, кому лекарства и ИМН отпускаются бесплатно или с 50% скидкой, без ссылки на другие статьи и другие законы. | -                                                                                                                          | -                  | -                   | -              |
| Бесплатное лекарственное обеспечение <b>других групп населения</b> лекарственными препаратами                                                                                                                                                       | Не указано                                                                                                                                                                    | Не указано                                                                                                                                                                                                                                                   | -                                                                                                                          | -                  | -                   | -              |
| <b>III. ПРОГРАММЫ ОМС</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            |                    |                     |                |
| <b>Программы, финансируемые за счет средств ОМС</b> в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании (статья 35 закона об ОМС в РФ)                                                                                    | <b>Базовая программа:</b><br>- виды медицинской помощи (не перечислены),<br>- перечень страховых случаев (не перечислен),<br>- структура тарифа на оплату медицинской помощи, | <b>Территориальные программы:</b><br>- виды и условия оказания медицинской помощи (не перечислены),<br>- перечень страховых случаев, установленный базовой программой обязательного медицинского страхования,                                                | +                                                                                                                          | -                  | -                   | -              |

Продолжение табл. 2.

| Структура и содержание программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи | Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 80                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи Глава 10, статья 81                                                                                                                                                                                               | Источник финансирования видов медицинской помощи и отдельных статей программ государственных гарантий Глава 11, статья 83 |                    |                     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Средства ОМС                                                                                                              | Бюджет федеральный | Бюджет субъектов РФ | Иные источники |
|                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- способы оплаты медицинской помощи;</li> <li>- критерии доступности и качества медицинской помощи;</li> <li>- нормативы объемов медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо;</li> <li>- требования к условиям оказания медицинской помощи;</li> <li>- нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо;</li> <li>- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;</li> <li>- нормативы финансирования в расчете на одно застрахованное лицо.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- значения нормативов объемов медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо.</li> <li>- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;</li> <li>- нормативы финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо.</li> </ul> |                                                                                                                           |                    |                     |                |

Продолжение табл. 2.

| Структура и содержание программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи        | Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 80                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Территориальные программы государственных гарантий оказания медицинской помощи Глава 10, статья 81                                                                                                                                                                                                                                         | Источник финансирования видов медицинской помощи и отдельных статей программ государственных гарантий Глава 11, статья 83 |                    |                     |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Средства ОМС                                                                                                              | Бюджет федеральный | Бюджет субъектов РФ | Иные источники |
| IV. ПЕРЕЧНИ ЗАБОЛЕВАНИЙ                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                    |                     |                |
| Перечень заболеваний, при которых, оказывается бесплатная медицинская помощь                            | Указано, что должен быть перечень заболеваний (но сами они не перечислены), медицинская помощь при которых осуществляется гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований <b>федерального бюджета</b> . Все группы заболеваний по МКБ-10 перечислены только в базовой программе ОМС, в нее входят все заболевания, кроме туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита. | Указано, что должен быть перечень заболеваний и видов медицинской помощи (но сами они не перечислены), предоставляемых гражданам без взимания с них платы за счет бюджетных ассигнований <b>бюджета субъекта РФ</b> , в том числе субвенций, предоставляемых на осуществление полномочий в сфере охраны здоровья граждан, и средств ТФОМС. |                                                                                                                           | +                  | +                   |                |
| V. НОРМАТИВЫ ОБЪЕМОВ И НОРМАТИВЫ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                    |                     |                |
| Нормативы объемов медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи | Указано                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Указано, в том числе указано, что они должны устанавливаться с учетом особенностей половозрастного состава                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                           |                    |                     |                |

Продолжение табл. 2.

| Структура и содержание программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи | Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 80                               | Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Глава 10, статья 81                                                                                                                                                                                                             | Источник финансирования видов медицинской помощи и отдельных статей программ государственных гарантий Глава 11, статья 83 |                    |                     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|
|                                                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Средства ОМС                                                                                                              | Бюджет федеральный | Бюджет субъектов РФ | Иные источники |
|                                                                                                  |                                                                                                                              | населения, уровня и структуры заболеваемости, климатических и географических условий, транспортных доступности и социальной доступности объема медицинской помощи и ее <b>финансового обеспечения</b> , включая уплату страховых взносов на неработающее население, т.е. объемы будут зависеть от объема денежных средств. |                                                                                                                           |                    |                     |                |
| <b>VI. ТАРИФЫ И СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>                                            |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                    |                     |                |
|                                                                                                  | Указано, что программа должна устанавливать порядок и структуру формирования тарифов и способы оплаты                        | Не указано                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                           |                    |                     |                |
| <b>VII. НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ В РАСЧЕТЕ НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ</b>                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                    |                     |                |
| Порядок установления нормативов и минимальные нормативы                                          | Не указаны, только в статье 37 настоящего закона указано, что исполнение стандартов медицинской помощи и порядок ее оказания | Не указаны. Также нигде не указано, что финансовый норматив не может быть ниже, установленного на федеральном уровне.                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                    |                     |                |

Окончание табл. 2.

| Структура<br>и содержание программ<br>государственных гарантий<br>бесплатного оказания<br>медицинской помощи | Программа<br>государственных<br>гарантий беспла-<br>тного оказания<br>медицинской помощи<br>Глава 10,<br>статья 80                                                   | Территориальные<br>программы государствен-<br>ных гарантий бесплатного<br>оказания гражданам<br>медицинской помощи<br>Глава 10, статья 81 | Источник финансирования видов медицинской<br>помощи и отдельных статей программ<br>государственных гарантий<br>Глава 11, статья 83 |                         |                        |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                           | Сред-<br>ства<br>ОМС                                                                                                               | Бюджет фе-<br>деральный | Бюджет<br>субъектов РФ | Иные<br>источ-<br>ники |
|                                                                                                              | обязательно. А в зако-<br>не об ОМС указано, что<br>страховое обеспечение<br>программ ОМС должно<br>быть установлено<br>«исходя из стандартов<br>медицинской помощи» |                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                         |                        |                        |
| <b>VIII. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                         |                        |                        |
|                                                                                                              | Указано только,<br>что должны быть<br>критерии. Но критерии<br>– это наиболее общие<br>характеристики, у<br>которых не может быть<br>числовых значений.              | Указано только, что долж-<br>ны быть <b>сроки ожидания</b><br>плановой медицинской<br>помощи.                                             |                                                                                                                                    |                         |                        |                        |



по длительному уходу за пациентами. Он оказывается пациентам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и пожилым гражданам, **нуждающимся в длительном уходе**. Было бы целесообразно предусмотреть этот вид помощи и в РФ, где доля граждан старше пенсионного возраста к 2020 г. увеличится на 4% (т.е. до 26% всего населения страны), а доля больных, страдающих психическими заболеваниями, туберкулезом, в 3–10 раз выше, чем в развитых странах.

3. С перечнем заболеваний, гарантированных населению бесплатно, **невозможно разобраться**. В соответствии со статьей 35 закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (на который в обсуждаемом законопроекте дана ссылка) нашему населению бесплатно по базовым программам ОМС с 2015 г. будут гарантированы практически **все виды** медицинской помощи (за исключением скорой специализированной, паллиативной и санаторно-курортной) и **по всем имеющимся 20 группам заболеваний**, предусмотренным МКБ-10<sup>1</sup> (за исключением туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита). Вместе с тем при описании ПГГ и ТПГГ (статьи 80 и 81 обсуждаемого законопроекта) не прописано, каким именно должен быть перечень групп (или подгрупп) заболеваний и состояний, финансирующихся за счет средств федерального бюджета и за счет средств регионов. Тем более это странно, что оставшихся подгрупп заболеваний, не гарантированных базовой программой ОМС, только три, а видов медицинской помощи — тоже только три. Все группы и подгруппы заболеваний, которые будут финансироваться за счет средств ОМС или других государственных источников, необходимо перечислить, иначе **создаются возможности для сокращения и свободного трактования государственных гарантий**.

4. В законопроекте ни в принципах охраны здоровья граждан (статья 4), ни при описании программ бесплатной медицинской помощи и их финансирования **не заложен принцип равнодоступности медицинской помощи** для граждан РФ. Этот принцип упоминается только в законе «Об обязательном медицинском страховании»

---

<sup>1</sup> Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

для базовой программы ОМС (статья 35, часть 5), там же заложен и правильный механизм выравнивания финансового обеспечения программ ОМС. Но вне системы ОМС будут финансироваться (за счет средств бюджетов субъектов РФ) следующие виды помощи: паллиативная, санаторно-курортное лечение и лечение таких заболеваний, как туберкулез, ВИЧ-инфекция, иммунодефициты и орфанные, а также оказываться помощь в центрах профилактики, бюро судебно-медицинской экспертизы и др. Соответственно, **объем указанной гарантированной помощи будет зависеть от финансовой обеспеченности субъекта РФ, т.е. будет неравным**. Это тем более очевидно, что в 2010 г. имелся дефицит в размере 337,3 млрд руб. исполнения территориальных программ (от установленного финансового норматива) почти в 90% субъектов РФ (см. раздел 1.3.1). Всё это говорит о нехватке средств у субъектов РФ для финансирования даже ранее гарантированной медицинской помощи, и тем более не будет средств для расширения гарантий на новые виды помощи и статьи расходов, как это предусмотрено законопроектом (например, на паллиативную помощь и лечение орфанных заболеваний).

5. В законопроекте заложен **риск заниженных** нормативов объемов медицинской помощи в территориальных программах в зависимости от финансового обеспечения этих программ (см. статья 81, часть 4 п. 4). Так, например, в ней указано, что объемы медицинской помощи должны быть сбалансированы с финансовым обеспечением программы. Всё это при отсутствии четко установленных государственных гарантий бесплатной помощи (как финансов, так и объемов) создает **законные предпосылки для занижения этих гарантий**.

6. Законопроектом **не предусмотрены механизмы формирования и индексации минимальных финансовых нормативов** программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в расчете на душу населения. Если такие нормативы заявляются в законопроекте, то логично предположить, что должны быть предусмотрены и их минимальные значения или хотя бы механизм их формирования. Более того, не указано, что финансовые нормативы ТППГ **не могут быть ниже**, чем нормативы, установленные ППГ, и не указаны источники покрытия дефицита ТППГ. Если не

вводить этих ключевых норм, то гарантии на бесплатную медицинскую помощь становятся **декларативными**.

7. Законопроект **не позволяет разграничить платные и бесплатные медицинские услуги**. Так, в законопроекте «Об обязательном медицинском страховании» (статья 35), на который ссылается данный законопроект, прописано, что бесплатно оказывается медицинская помощь по базовой программе ОМС по перечню страховых случаев, причем **не поясняется**, что это за страховые случаи и где и кем они должны быть установлены. В обсуждаемом же законопроекте (статья 84) прописано, что медицинская помощь может быть платной сверх:

- **объемов и условий**, предусмотренных ПГГ и ТПГГ;
- **в иные сроки**, чем установлено ПГГ и ТПГГ;
- **в объеме, превышающем стандарт** медицинской помощи, и **даже в полном объеме стандарта (!)** — см. часть 4 статьи 84.

Приводим аргументы, поясняющие, почему указанные разграничители платных и бесплатных медицинских услуг **неприемлемы**. Объемы медицинской помощи устанавливаются в виде нормативов в расчете на 1 тыс. населения — соответственно, трудно себе представить, как будет пациент или медицинское учреждение оценивать сверхнормативные объемы. Например, это означает, что если нормативом объема медицинской помощи по РФ предусмотрено 1 331 млн посещений врача за год в амбулаторных условиях, то сверх этого объема всем остальным заболевшим помощь будет оказываться платно.

Чтобы понять, за какие **условия** оказания медицинской помощи взимать плату, а за какие — нет, необходимо прописать эти условия в показателях (например, пребывание в четырехместной палате), иначе каждый регион и даже каждая медицинская организация будут трактовать эти условия по-своему. Что касается **иных сроков оказания** медицинской помощи, то про наличие сроков оказания плановой медицинской помощи упомянуто только в ТПГГ, хотя сами показатели не прописаны, тем более не сказано, как должны формироваться их целевые значения, например, такие, как сроки прибытия «скорой помощи» (не более 20 мин), время ожидания врача в поликлинике (не более 30 мин), время ожидания плано-

вой операции (не более 3 мес) и т.д. Отсутствие этих показателей и порядка установления их целевых значений в законопроекте **создает условия для совершенно свободной трактовки норм платности и бесплатности медицинской помощи.**

Представляется целесообразным, как и прописано в Конституции РФ, сделать медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских организациях полностью бесплатной, а любые платные услуги оказывать только в полностью отдельных хозрасчетных отделениях этих организаций или в частном секторе. Тем более, что задекларированные гарантии бесплатной помощи, как в законе «Об обязательном медицинском страховании», так и нормами данного законопроекта, практически покрывают все возможные виды помощи и все возможные заболевания. Но это может быть реализовано **только при выделении средств** на оплату бесплатной медицинской помощи, чтобы обеспечить условия для функционирования государственных и муниципальных учреждений за счет государственного заказа и реально расширить объемы бесплатной помощи населению.

8. В законопроекте **не прописаны ни критерии, ни показатели качества и безопасности медицинской помощи.** Только дано указание, что должны быть критерии КМП. В законопроекте **не указано**, кто устанавливает критерии и показатели КМП и их целевые значения, кем контролируется их достижение и кто несет ответственность за их невыполнение.

9. **Не дано общее финансовое обоснование законопроекта.** Например, в соответствии со статьей 35 закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», на который ссылается данный законопроект, «страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». В обсуждаемом законопроекте также правильно сказано, что стандарты и порядки медицинской помощи обязательны для исполнения всеми медицинскими организациями (статья 37). Но сколько стоит обязательность исполнения этих порядков и стандартов **нигде не указывается.**

Как написано выше, сегодня имеется дефицит исполнения территориальных программ государственных гарантий в размере около **337,2 млрд руб.** от установленного норматива. Следует отметить, что предусмотренное законом об ОМС увеличение финансирования здравоохранения за счет увеличения тарифов страховых взносов составит ежегодно не более 210 млрд руб. Таким образом, **это не позволит покрыть даже сложившийся дефицит**, тем более перейти на лечение заболеваний по современным стандартам, расходы на которые, по разным оценкам, в 1,5–4 раза выше (в зависимости от заболевания), чем установлено сегодня в РФ.

## 2.5. Позволит ли законопроект увеличить бесплатное лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях?

Законопроект решает эту проблему только для граждан, страдающих орфанными заболеваниями (таких пациентов в стране насчитывается 12 тыс. чел.). Этому посвящена даже отдельная статья законопроекта (№ 44). Вызывает недоумение, что не предусмотрено бесплатное обеспечение лекарственными средствами пациентов, страдающих артериальной гипертонией, которых, по разным оценкам, в стране до **40%** (или **50 млн чел**) от общей численности взрослого населения. Вместе с тем именно от осложнений артериальной гипертонии в стране умирает ежегодно более **1 млн граждан**. Более того, в законопроекте обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг в виде лекарственных средств, вообще не включено в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и не указаны источники и порядок финансирования этого вида услуг (см. табл. 2).

## 2.6. Позволит ли законопроект ликвидировать дефицит медицинских кадров?

Законопроект не решает проблемы с дефицитом медицинских кадров. В нем не предусмотрены нормы, регламентирующие минимальные размеры оплаты труда по основным квалификационным

**группам и льготы** для медицинских работников (см. статья 73). Вместе с тем принятие Постановления Правительства «О введении новых систем оплат труда...»<sup>1</sup> предусматривает уход от тарифной сетки. Это означает, что в новом законодательстве должны быть предусмотрены минимальные размеры оплаты труда в здравоохранении, как это было при оплате труда по тарифной сетке, или должно быть прописано, что эти минимальные оклады ежегодно устанавливает Правительство РФ.

Минздравсоцразвития РФ утверждает, что благодаря этому законопроекту заработная плата медицинских работников повысится на 50–60%. Это **не соответствует действительности**. Во-первых, увеличение объема финансирования здравоохранения в целом через увеличение тарифов страховых взносов на 2% предусмотрено в соответствии с Федеральным законом № 212-ФЗ<sup>2</sup> (за счет этих дополнительных средств объем финансирования системы ОМС предположительно увеличится в 2011 г. на 220 млрд руб., а в 2012 г. — на 240 млрд руб.). Во-вторых, только около 30% этих средств пойдет непосредственно на оплату медицинской помощи (или тарифов), а соответственно, и на повышение оплаты труда, которая составляет 61% от этих средств (и это уже предусмотрено законом «Об обязательном медицинском страховании»). В-третьих, в 2010 г. ФОТ медицинских работников государственных и муниципальных учреждений составил **884 млрд руб.** Это означает, что за счет указанных дополнительных средств в 2011–2012 гг. прибавка к ФОТ составит не 50–60%, а **только 5%** {884 млрд руб. : (230 млрд руб. × 30% × 61%)}.

Даже если вычесть из этого ФОТ медицинских работников первичного звена (которые уже получают надбавки к зарплате по

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 5 августа 2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского...».

<sup>2</sup> Федеральный закон РФ № 212-ФЗ от 24 июля 2009 г. «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

ПНП «Здоровье») и которых планируют исключить из числа медицинских работников, кому будет повышена заработная плата в 2011–2012 гг., повышение ФОТ оставшимся медицинским работникам составит **не более 6%** {707 млрд руб. : (230 млрд руб. × 30% × 61%)}, где 707 млрд руб. – ФОТ оплаты труда медицинских работников без учета ФОТ работников первичного звена, доля оплаты которых в общем ФОТ составляет около 20%.

Также необходимо было указать, что **стимулирующие выплаты осуществляются по единым критериям и показателям**, устанавливаемым на федеральном уровне. Эта норма необходима во избежание самоуправства и неоправданного занижения оплаты труда медицинским работникам руководителями медицинских организаций. Более того, в полномочиях федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку политики в сфере здравоохранения (см. статью 14), предусмотрено установление общих требований к структуре и штатам медицинских организаций, и было бы логично установить также и минимальные оклады труда.

## 2.7. Позволит ли законопроект повысить квалификацию медицинских кадров и качество медицинской помощи?

**Закон не решает проблемы с неудовлетворительной квалификацией медицинских работников и качеством медицинской помощи.** В части повышения квалификации врачей в статьях 69 и 77 законопроекта суть предложений состоит в замене процедуры сертификации на аккредитацию специалиста, в отмене обязательной интернатуры и напоминании о том, что врач должен проходить повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет (что и ранее было предусмотрено в Постановлении Правительства о лицензировании медицинских организаций<sup>1</sup>). Причем про аккредитацию специалиста написано, что «это процедура определения соответствия лица на осуществление медицинской деятельности в соответствие с порядками и стандартами». Если суть упоминаемых в законопро-

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ №30 от 22 января 2007 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности».

екте стандартов медицинской помощи экономическая, **разве этого достаточно** для врача, чтобы получить право на занятие медицинской деятельностью по специальности? И разве современные образовательные стандарты не требуют от врачей знания современных клинических рекомендаций, протоколов ведения больных и других руководств? Совершенно непонятно, в чем суть процедуры аккредитации специалиста, чем она отличается от существующей процедуры присвоения сертификата специалисту? **Разве от перемены названия процедуры** изменится суть подготовки врачей?

Более того, термин «аккредитация», в российской и зарубежной практике чаще **принято употреблять в отношении организаций**, оказывающих услуги, а не частных лиц. Например, в соответствии с Федеральным законом № 184-ФЗ от 27.12.2002 г. «О техническом регулировании» в редакции от 23.07.2008 г. этот термин означает официальное признание органом по аккредитации компетентности юридического или физического лица в определенной области оценки соответствия (т.е. для осуществления оценки соответствия организация или физическое лицо должны быть аккредитованы). За рубежом под аккредитацией в здравоохранении понимают процесс добровольной или обязательной проверки на соответствие стандартам качества (стандартам организации), осуществляемый государственной или общественной организацией. Например, в США Аккредитационный совет по непрерывному медицинскому образованию занимается аккредитацией организаций, предоставляющих образовательные услуги медицинским работникам, и делегирует им право начисления образовательных кредитов. За рубежом процедуру разрешения медицинским работникам работать по определенной специальности принято называть **сертификацией**, а процедуру присвоения права заниматься медицинской деятельностью на определенной территории (страна, штат) — **лицензированием**. Лицензированием медицинских работников занимаются государственные органы, а сертификацией — профессиональные медицинские общества (см. раздел 1.3.3).

Вместе с тем в законопроекте **отсутствуют** важные нормы, принципиальные для повышения квалификации медицинских кадров:



- не сказано об обязательности прохождения послевузовской подготовки выпускником медицинского вуза и не указаны ее минимальные сроки для допуска к практической деятельности, в то время как в развитых странах сроки послевузовской подготовки **только удлиняются** в связи с усложнением компетенций и знаний, которыми должен владеть в современных условиях врач;
- не определены размеры **минимальной оплаты труда** профессорско-преподавательского состава вузов или хотя бы механизмы ее установления;
- не установлено, что профессорско-преподавательский состав вузов должен проходить повышение квалификации ежегодно;
- не указано, что медицинские работники обязаны **ежегодно** повышать свою квалификацию путем накопления установленного числа **кредитов** (или часов образовательной активности), т.е. непрерывно повышать свою квалификацию;
- не предусмотрены нормы, **мотивирующие медицинских работников к повышению квалификации**: наличие в реестрах медицинских работников данных об их образовательной активности, наличие в трудовом контракте с работодателем требований ежегодного повышения квалификации, в медицинских организациях не предусмотрено обеспечение условий для повышения квалификации врачей на рабочих местах;
- не указано, что размещение клинических баз вузов в государственных и муниципальных медицинских организациях должно сопровождаться **увеличением тарифов** на оказание медицинской помощи для этих организаций: это позволит заинтересовать их в наличии клинических баз;
- не указано, что в МО должны быть обязательные **статьи расходов** на непрерывное образование и установлены **минимальные расходы** по этим статьям;
- не сказано об использовании **дистанционных образовательных** и других информационных образовательных технологий в непрерывном медицинском образовании;

- ▶ четко не установлена роль профессиональных медицинских объединений в непрерывном медицинском образовании (статья 76).

Правильно указано на ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности во взаимодействии с фармацевтическими компаниями. При этом ни слова не говорится о качестве самих образовательных мероприятий: семинаров, конференций, конгрессов, о качестве медицинских журналов, которые превратились в рекламные площадки для фармацевтических компаний.

В части управления качеством и безопасностью медицинской помощи (статьи 87, 88, 89 и 90) раздел в законопроекте изложен **очень поверхностно**. Во-первых, нет упоминания о системе управления качеством и безопасностью медицинской помощи, только изложены нормы, регламентирующие контроль качества медицинской деятельности. Во-вторых, в здравоохранении более применим термин «качество медицинской помощи», и именно этот термин определяется в статье 2 этого же законопроекта, а не «качество медицинской деятельности». В-третьих, **понять из этого раздела, чем отличается государственный контроль от ведомственного и внутреннего контроля качества, просто не представляется возможным**. Сначала необходимо дать определение видов контроля, которые упоминаются; затем изложить раздел с точки зрения современных представлений об управлении качеством медицинской помощи (КМП).

## 2.8. Позволит ли законопроект повысить эффективность управления в здравоохранении?

Решение проблемы не предусмотрено в законопроекте.

**1. Законопроектом расставлены не все приоритеты.** Как было сказано в разделе 1.1.1, главным приоритетом для РФ на ближайшее десятилетие является сохранение и укрепление здоровья работоспособного населения и снижение смертности от заболеваний системы кровообращения (в 2010 г. от этих заболеваний в РФ умерло 1,152 млн человек из 2,028 млн умерших). Например, можно было бы указать, что больные, страдающие артериальной гипертонией, лекарственными препаратами обеспечиваются бесплатно. Вместе с

тем орфанным заболеваниям (которыми в РФ страдают всего около 12 тыс. человек) посвящена целая статья законопроекта (№ 44), причем с указанием, как необходимо вести реестры этих больных. Так же подробно расписана отдельная статья (№ 15, часть 8) посвященная больным, получающим лекарственные средства по программе «7 нозологий», хотя их численность составляет не более 50 тыс. человек. Или, например, в отдельной статье (№ 55) детально прописаны новые высокзатратные репродуктивные технологии, а про механизмы развития школьной и производственной медицины как про наиболее эффективные способы сохранения здоровья детей и работоспособного населения **не указано**.

**2. Законопроект не предусматривает сбалансированного развития системы здравоохранения**, что влечет за собой неэффективное расходование государственных средств. Например, не предложено механизмов, позволяющих ликвидировать существующий и усугубляющийся в ближайшее десятилетие дефицит врачей. При этом меры по интенсивному развитию материально-технической инфраструктуры здравоохранения уже предусмотрены законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ». В результате можно получить ситуацию, когда оборудование и здания будут простаивать из-за отсутствия кадров. Ничего нового не предусмотрено законопроектом и для повышения квалификации врачей, а без повышения квалификации врачей средства, предусмотренные на новые технологии и лекарства, могут быть растрочены впустую или даже принести вред пациентам.

**3. В законопроекте нет упоминания о необходимости эффективного расходования государственных средств**, о необходимости принятия решений на всех уровнях системы здравоохранения на **основе научных доказательств** и лучшего отечественного и зарубежного опыта, как это принято в законодательстве всех развитых стран. Также не сказано, что органы исполнительной власти в области охраны здоровья должны ежегодно отчитываться о достижениях запланированных результатов по улучшению здоровья населения, о качестве и безопасности медицинской помощи, об эффективности расходования ресурсов. Причем отчеты эти должны носить публичный характер, особенно в условиях централизации полномочий (а значит,

и власти), которая предусмотрена в законопроекте. Сегодня в Указе Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»<sup>1</sup> уже имеется требование предоставлять отчетность по динамике здоровья населения и по ряду других показателей, и было бы целесообразно развить и закрепить эти положения Указа законом.

Отсутствие этих норм будет затруднять оценку развития системы здравоохранения и эффективности деятельности исполнительных органов власти.

## 2.9. Влияет ли законопроект на развитие профилактического направления?

Законопроект не предусматривает механизмов формирования **высокоэффективных профилактических мероприятий**. Для реализации правильно указанного приоритета развития **профилактики** заболеваний не обозначены экономические механизмы, например требование тратить не менее 1% от общих средств на медицинскую помощь на профилактику или не менее 3—4 евро на человека в год на пропаганду здорового образа жизни, как это предусмотрено законами в Германии. Для России при пересчете по \$ППС это соответствует **80—100 руб.** на человека в год. Также не даны ссылки на другие законы, способствующие охране здоровья граждан, например, по санитарно-эпидемиологическому благополучию, охране окружающей среды и др. Законопроект не предусматривает, за счет каких организационных и экономических механизмов будет развиваться **производственная и школьная медицина**. Не сказано об обязательности медико-санитарного просвещения населения.

## 2.10. Прочие замечания к законопроекту

**1. Несбалансированность степени детализации статей законопроекта.** Например, детально прописаны реестры учета больных орфанными заболеваниями, гемофилией, муковисцидозом и

<sup>1</sup> Утвержден 28 июня 2007 г. № 825, также см. «Методику оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ», протокол № 1 от 18 июля 2007 г.

другими заболеваниями из группы «7 нозологий», также детально прописано содержание стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Обычно такие данные являются предметом рассмотрения подзаконных актов. Вместе с тем такие важные нормы, как перечень заболеваний и состояний, гарантированных населению бесплатно, вообще не прописан (см. раздел 2.4).

**2. Небрежность в определении терминов.** Например, санаторно-курортное лечение названо то помощью, то лечением, а в определении санаторно-курортного лечения написано, что оно включает в себя медицинскую помощь.

**3. Противоречие одних норм статей законопроекта другим.** Например, обязательность исполнения порядков медицинской помощи **противоречит** упоминаемому в данной же статье рекомендательному характеру штатных нормативов и иных положений порядка. Нельзя делать обязательным документ, если отдельные его положения носят рекомендательный характер. Стандарты медицинской помощи также **не могут быть строго обязательными** для исполнения, так как могут не учитывать всех особенностей состояния больного, могут быть устаревшими и т.п. Далее, оказание медицинской помощи не может сводиться только к исполнению стандартов медицинской помощи — это документ скорее **экономического и ограничительного** характера. Медицинская помощь должна быть основана на знании врачом современных клинических рекомендаций и руководств, на использовании личного опыта и др. Такая «обязательная» норма неоправданно упрощает сложную технологию оказания медицинской помощи.

## ВЫВОДЫ

- Данная редакция законопроекта не будет способствовать улучшению ситуации в здравоохранении, поскольку она не решает ключевых проблем отрасли: с недофинансированием, с дефицитом и неудовлетворительной квалификацией медицинских кадров, с обеспечением населения бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, с неэффективным расходованием государственных ресурсов и др. Тем более зако-

нопроект не позволит добиться запланированных Правительством РФ показателей здоровья населения к 2020 г.

- ▶ Принятие законопроекта в данной редакции обострит недовольство населения из-за риска сокращения гарантий бесплатной медицинской помощи. Так, гарантии бесплатной медицинской помощи изложены непрозрачно и не установлены минимальные объемы их финансирования, что включает в себе риск снижения доступности бесплатной медицинской помощи населению и взимания платы за нее. Часть установленных гарантий будет обеспечиваться за счет средств субъектов РФ и, соответственно, будет зависеть от их финансовой обеспеченности. Всё это в условиях дефицита средств в субъектах РФ приведет к неисполнению гарантий и к неравенству прав на бесплатную медицинскую помощь граждан, проживающих в различных регионах. Принятие законопроекта вызовет также усиление недовольства медицинских работников, поскольку он не содержит норм по улучшению их положения.
- ▶ В результате он не направлен на повышение авторитета Президента, Правительства, Государственной Думы и других органов государственной власти РФ. В связи с этим законопроект **должен быть кардинально переработан** с учетом высказанных замечаний.

### 3.1. Организация обсуждения законопроекта

Следует отметить, что предложение принять этот законопроект **не предварялось** разработкой сбалансированного по направлениям долгосрочного программы развития отрасли, а обсуждение было организовано поверхностно и **лишено независимости**. Например, большинство «защитников» законопроекта являлись директорами НИИ и вузов. Они, во-первых, административно и финансово зависят от Минздравсоцразвития, во-вторых, являются учеными в клинических областях медицины (онкология, офтальмология и др.), соответственно, не имеют должного опыта и знаний в области организации здравоохранения на федеральном и региональном уровне.

Более того, самые **ключевые замечания**, которые касались увеличения финансирования здравоохранения; актуализации нормативов объемов и финансирования программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи; четкого разграничения платных и бесплатных медицинских услуг; улучшения положения медицинских работников; повышения квалификации медицинских кадров; создания современной системы управления качеством медицинской помощи; повышения ответственности и отчетности органов управления здравоохранением; повышения эффективности расходования государственных средств, **не были учтены** между 1-м и 2-м чтением законопроекта.

Всё это привело к тому, что законопроект и ко 2-му чтению подготовлен **некачественно**.

### 3.2. Ответы оппонентам, выступающим за принятие законопроекта без доработки

Доводы оппонентов, выступающих за скорейшее принятие законопроекта, без доработки, представлены в табл. 3.

Таблица 3.

### Ответы оппонентам, требующим скорейшее принятие законопроекта

| №  | Доводы оппонентов                                                                                                                                          | Ответ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Задержка с принятием закона не позволяет поднять зарплату медицинским работникам                                                                           | Это не соответствует действительности. Поднятие заработной платы медицинским работникам может произойти и без принятия этого законопроекта, поскольку общее увеличение средств ОМС предусмотрено законом № 212-ФЗ, а расходование 30% этих средств непосредственно на оплату медицинской помощи (или тарифов), соответственно, на повышение оплаты труда, уже предусмотрено законом «Об обязательном медицинском страховании». Но это позволит поднять среднюю заработную плату только на 5 % в 2011–2012 гг. — см. раздел 2.6.                                                                                                                                                                     |
| 2. | Заработная плата врачам будет повышена на 50–60%                                                                                                           | Это не соответствует действительности. ФОТ медицинских работников государственных и муниципальных учреждений составил в 2010 г. около 884 млрд. руб. Это означает, что в 2011–2012 гг. за счет дополнительных средств (от увеличения тарифов страховых взносов на 2% или около 230 млрд руб. в год) прибавка к ФОТ составит не 50–60%, а только 5% (884 млрд. руб. / (230 млрд руб. × 30% × 60%)), где 60% доля оплаты труда в тарифах на оплату медицинской помощи. Даже если вычесть из этого ФОТ медицинских работников первичного звена (которые уже получают надбавки к зарплате по ПНП «Здоровье»), то повышение ФОТ оставшимся медицинским работникам составит не более 6% — см. раздел 2.6. |
| 3. | Финансирование отрасли, предусмотренное в законе «Об ОМС в РФ», не сможет быть осуществлено без принятия законопроекта «Об основе охраны здоровья граждан» | Это утверждение непонятно, поскольку законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» предусмотрены все необходимые нормы об организации финансирования здравоохранения, а в законопроекте «Об охране здоровья граждан в РФ» прямых норм о финансировании медицинской помощи — нет. Что касается возможности перехода оплаты в системе ОМС по полному тарифу, т.е. включая расходы на содержание медицинской организации, то это также уже предусмотрено прямой нормой закона об ОМС, и даже уже осуществлено в некоторых регионах РФ.                                                                                                                                                        |
| 4. | Полномочия по оказанию первичной и скорой медицинской помощи не могут быть переданы с уровня муниципалитета на уровень субъекта РФ                         | Это не совсем соответствует действительности. Руководители субъектов РФ своим решением по согласованию с главами муниципалитетов могут централизовать полномочия по оказанию этих видов помощи на уровень субъекта, тем более, что большинство российских муниципалитетов формирует свои бюджеты через дотации из регионального уровня. Решение вопроса с «богатыми» городскими округами, которые могут воспротивиться этому решению, можно и отложить, так как в них оказание этих видов помощи обычно осуществляется на удовлетворительном уровне — см. также раздел 2.2.                                                                                                                         |



Окончание табл. 3.

| №  | Доводы оппонентов                                                                                | Ответ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | Нельзя будет рассчитывать стоимость медицинской помощи по стандартам и оказывать ее по порядкам. | Это не соответствует действительности. Рассчитать стоимость медицинской помощи по стандартам медицинской помощи можно и без закона. По экспертным оценкам она будет в 2-3 раза выше, чем тратиться сегодня. Проблема в том, где взять деньги. К сожалению, законопроект этой проблемы не решает.<br>Порядки оказания медицинской помощи – в трактовании законопроекта, содержит рекомендательные нормы, соответственно, достаточно утверждать их Приказами Минздрава соцразвития, как это и было всегда. |
| 6. | Больные редкими орфанными заболеваниями должны срочно получить лечение                           | Можно предусмотреть Постановление Правительства для этих 12 тыс. больных, как, например, было сделано по программе «7 нозологий». Зато правильная доработка законопроекта позволит спасти жизни сотням тысяч наших граждан.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 7. | Необходимо срочно развивать трансплантологию, т.е. изъятие органов у умерших детей               | Проблема важная, действительно не решалась долгие годы, но отсрочка принятия законопроекта на 3-4 мес. в связи с его доработкой, существенно не усугубит ситуацию для реципиентов органов, зато позволит решить многие другие проблемы для огромного числа граждан нашей страны, которые тоже нуждаются в доступной и качественной медицинской помощи.                                                                                                                                                   |
| 8. | Нельзя будет оказывать бесплатно паллиативную помощь                                             | Это не соответствует действительности. Поскольку оказание этого вида помощи предусмотрено в законопроекте за счет средств регионов, то, во-первых, им никто не мешает оказывать эту помощь и без специального закона сверх программы госгарантий, во-вторых, отсутствие средств в регионах, все равно делает эту норму не рабочей.                                                                                                                                                                       |
| 9. | Граждане не смогут выбирать врача по страховке                                                   | Это не соответствует действительности. Смогут, поскольку это уже предусмотрено законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

# 4

## ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ НОВОМУ ПРАВИТЕЛЬСТВУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

### 4.1. Приоритеты и цели развития здравоохранения до 2016 г.

#### Приоритеты

1. Сохранение и укрепление здоровья граждан трудоспособного возраста.
2. Сохранение и укрепление здоровья женщин репродуктивного возраста и детей, пропаганда рождаемости.
3. Формирование здорового образа жизни у граждан РФ.
4. Формирование доступных и качественных медико-социальных услуг для граждан старшей возрастной группы и инвалидов.
5. Повышение эффективности расходования государственных ресурсов.

#### Цели

1. **Повысить в 2 раза долю населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи** (с 34% до 70%).
2. **Добиться увеличения на 2 года ожидаемой продолжительности жизни граждан и улучшить показатели здоровья населения, в том числе:**
  - увеличить на 2 года ожидаемую продолжительность жизни: мужчин с 62,7 до 64,7 года и женщин с 74,8 до 76,6 года;
  - снизить на 12% общий коэффициент смертности (с 14,2 до 12,4 случая на 1 тыс. населения), в том числе снизить на 33% смертность мужчин трудоспособного возраста (с 10,0 до 6,7 случая на 1 тыс. мужчин трудоспособного возраста);
  - уменьшить на 25% долю граждан трудоспособного возраста среди общего числа впервые признанных инвалидами (с 47% до 35%).
3. **Увеличить рождаемость и улучшить здоровье детей, в том числе:**
  - увеличить на 20% число детей, рожденных одной женщиной (суммарный коэффициент рождаемости или коэффициент фертильности), — с 1,5 до 1,8;

- снизить на 25% младенческую смертность (с 7,5 до 5,6 случая у детей в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми);
- снизить в 1,3 раза долю детей, рожденных больными или заболевших в период новорожденности, с 40% до 30% от общего числа живорожденных;
- снизить детскую смертность (от момента рождения до 5 лет) с 10,2 до 7,6 случая на 1 тыс. родившихся живыми.

#### 4. Увеличить доступность медицинской помощи, в том числе:

- сократить время ожидания приема врача в поликлинике до 20 мин, консультаций врачами-специалистами поликлиники (в случае неострого заболевания) — до 3 дней;
- сократить время прибытия бригад скорой медицинской помощи в городских условиях до 15 мин;
- сократить время ожидания плановых операций до 1 мес, высокотехнологичных медицинских вмешательств — до 3 мес.

#### 5. Сформировать здоровый образ жизни у граждан РФ, в том числе:

- снизить в 1,3 раза долю ежедневно курящего взрослого населения с 40 до 30%;
- снизить на 25% потребление алкоголя (с 15 до 11 л в год в пересчете на чистый спирт на душу населения старше 15 лет);
- увеличить долю населения, регулярно занимающегося физической культурой, с 20 до 40%;
- стабилизировать число лиц, страдающих наркоманией, на уровне 2 млн человек.

## 4.2. Ключевые задачи

Исходя из проведенного анализа главных вызовов системе здравоохранения, ключевыми задачами развития здравоохранения должны стать.

1. Для достижения целей по улучшению здоровья населения, поставленных Правительством РФ, необходимо **увеличение объемов финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в 1,6 раза** по сравнению с 2010 г., или на 1 трлн руб. ежегодно (с 1,65 до 2, 65 трлн руб. в ценах 2010 г.). Это увеличение можно произвести поэтапно за 3 года с 2011 по 2013 г. С учетом уже предусмотренного с 2011 г. роста финансирования отрасли на 230 млрд ежегодно за счет увеличения тарифов

страховых взносов на 2% дополнительно потребуется около 770 млрд руб. Для этого Правительству РФ необходимо изыскать дополнительные источники финансирования государственной системы здравоохранения, как это сделали Правительства «новых» стран ЕС, имеющих близкий к России ВВП на душу населения (19 тыс. \$ППС в год). Например, это может быть увеличение в 3–4 раза акцизов на алкоголь и табак и целевое направление их на здравоохранение и другие источники пополнения бюджета.

**2. Актуализация нормативов объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий** в соответствии с реальными потребностями населения, в том числе увеличение **в 3 раза лекарственного обеспечения** населения в амбулаторных условиях за счет общественных средств путем включения данных расходов в ПГГ.

**3. Обеспечение доступности медицинской помощи путем повышения заработной платы медицинских работников в 2 раза** и создания системы экономических стимулов для привлечения врачей на наиболее дефицитные специальности.

**4. Повышение уровня квалификации медицинских работников** путем развития базового, обязательного послевузовского и непрерывного медицинского образования в соответствии с международными стандартами (в том числе с применением дистанционных форм обучения), а также путем обеспечения медицинских работников современными информационно-образовательными материалами на рабочих местах. Для решения этой задачи требуется повысить заработную плату профессорско-преподавательского состава минимум **в 2 раза**.

**5. Обеспечение качества и безопасности медицинской помощи** путем создания системы обязательной аккредитации МО (на базе системы лицензирования МО) и внедрения системы оценки качества медицинской помощи по международным показателям.

**6. Адаптация** существующей (советской) системы организации медицинской помощи к современным условиям путем **повсеместного обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи**; развития территориального принципа прикрепления населения.

**7. Обеспечение доступности профилактической и первичной медико-санитарной помощи на производстве** (развитие производс-

твенной медицины) и обеспечение максимально возможных безопасных условий труда на производстве. Развитие **школьной** медицины.

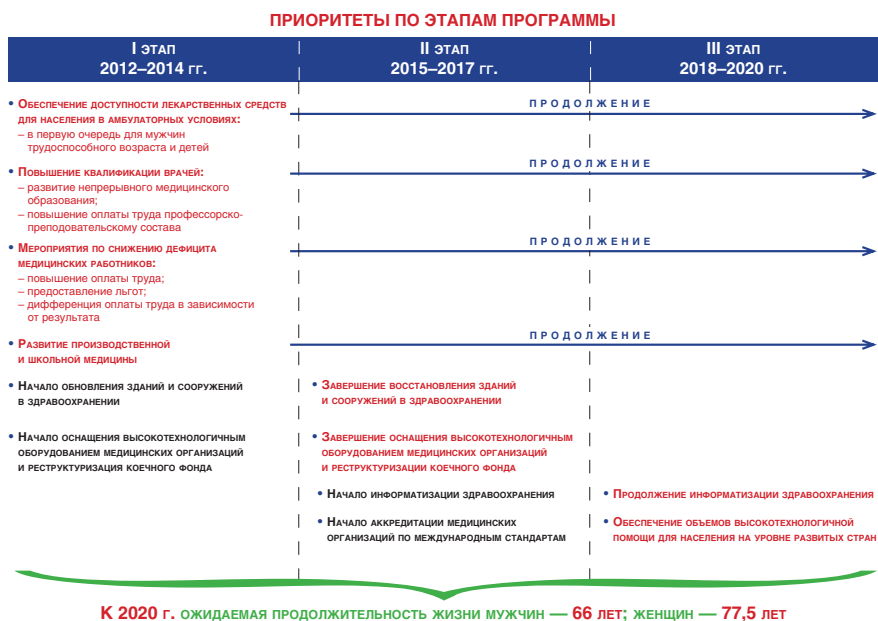
**8. Повышение эффективности управления** путем разработки долгосрочной Стратегии развития здравоохранения и усиления ответственности и публичной отчетности руководителей здравоохранения за реализацию целей и задач этой Стратегии (ежегодное опубликование доклада об эффективности и результативности деятельности системы здравоохранения на всех уровнях по международным показателям), повышения прозрачности и научной обоснованности принимаемых решений, а также путем внедрения рыночных инструментов управления: организации конкуренции между поставщиками медицинских услуг по критерию качества, составления рейтингов медицинских организаций, внедрения дифференцированной системы оплаты труда по единым критериям, утвержденным на федеральном уровне; расширения автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника и удвоения финансирования); путем организации специальной подготовки и переподготовки руководителей здравоохранения всех уровней.

**9. Инициация и координация массовых межведомственных программ** по повышению приверженности населения здоровому образу жизни. Примером может служить предложенный Правительством РФ законопроект «**О защите здоровья населения от последствий потребления табака**». Аналогичные законы необходимо принять, чтобы сократить потребление алкоголя, остановить распространение наркомании. При этом очень важно, чтобы наряду с запретительными и ограничительными мерами были предусмотрены меры по лечению и реабилитации пациентов, страдающих зависимостью от табака, алкоголя и наркотиков. Также важно массовое медико-санитарное просвещение населения, как это было в советское время, путем распространения среди населения брошюр, памяток по здоровому образу жизни, обеспечения бесплатного доступа к специальным порталам в сети Интернет, через СМИ.

В заключение еще один аргумент в пользу необходимости решения вышеперечисленных задач. Сегодня в ситуации серьезного

расслоения населения по уровню доходов и роста бедности населения (см. раздел 1.2.1), в условиях последствий экономического кризиса (замедление темпов роста ВВП и, как следствие, сокращения бюджетных средств) возможно нарастание социальной напряженности в обществе. И как раз повышение доступности бесплатной медицинской помощи для большинства населения могло бы сыграть **стабилизирующую роль** в этом вопросе.

На рис. 16 представлено распределение приоритетных задач по этапам до 2020 г. В первую очередь должны решаться задачи по ликвидации дефицита медицинских кадров и повышению их квалификации, по обеспечению населения лекарственными средствами и по развитию школьной и производственной медицины.



**Рис. 16.** Распределение приоритетных задач по этапам до 2020 г.

Если эти задачи не будут решены в ближайшие годы, то директивы Президента и Премьера по улучшению здоровья и достижению социальной стабильности и равенства в обществе **не будут выполнены.**

### 4.3. Распределение дополнительных вложений в здравоохранение на приоритетные задачи

Кратность увеличения расходов и объем необходимых средств на решение ключевых задач здравоохранения представлены в табл. 4. Эти средства должны пойти на следующие приоритетные направления: на повышение тарифов на оплату бесплатной медицинской помощи в 1,5 раза, т.е. на 700 млрд руб. (соответственно, в 1,5 раза увеличится оплата труда медицинских работников); далее на увеличение лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях в 3 раза (для детей и граждан, страдающих заболеваниями системы кровообращения в амбулаторных условиях) — на 200 млрд руб.; на повышение оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов и училищ в 2 раза — на 31,2 млрд руб.; на повышение квалификации медицинских работников — на 27 млрд руб.; на увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи в 2 раза — на 37 млрд руб.; поддержание материально-технической базы здравоохранения и информатизацию — на 20 млрд руб. с 2013 г.<sup>1</sup>; на развитие школьной медицины — на 25 млрд руб.

Более подробное обоснование дополнительных расходов на развитие непрерывного медицинского образования, с учетом повышения оплаты труда и повышения квалификации преподавателей, а также эффективность от этих вложений представлены в Приложении 1. Обоснование расходов на увеличение лекарственного обеспечения в РФ и их эффективности представлено в Приложении 2.

---

<sup>1</sup> С учетом того, что в 2011–2012 гг. в инфраструктуру медицинских организаций будет целевым образом вложено почти 330 млрд руб. по программам модернизации за счет дополнительных средств от увеличения тарифов страховых взносов в систему ОМС на 2%.

Таблица 4.

**Первоочередные статьи расходов, направленные на повышение доступности и качества  
бесплатной медицинской помощи, на 3 года (с 2011 по 2013 г.).**

| №  | Наименование статьи расхода                                                                                                                                                                                                          | Финансиро-<br>вание в 2010<br>г. <sup>1</sup> (млрд.<br>руб.) | Кратность<br>увеличения                                                       | Объем увели-<br>чения в млрд.<br>руб. | Финансирова-<br>ние к 2015 г. в<br>ценах 2010 г. |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. | Увеличение общего объема средств на оплату медицин-<br>ской помощи по программе государственных гарантий, в<br>том числе:<br>рост ФОТ медицинских работников государственной и<br>муниципальной системы здравоохранения<br>(годовой) | 1 450,0                                                       | в 1,5 раз                                                                     | 700,0                                 | 2 150,0                                          |
|    |                                                                                                                                                                                                                                      | 884,0                                                         | 1,5 раз (до уровня<br>15% выше, чем в<br>среднем оплата труда<br>в экономике) | 420,0                                 | 1 304,0                                          |
| 2. | Фонд оплаты труда профессорско-преподавательского<br>состава медицинских и фармацевтических вузов<br>(50 вузов x 50 кафедр x 10 преподавателей x 40 тыс. руб.<br>с учетом отчислений на ФОТ x 12 мес.)                               | 12,0                                                          | в 2 раза                                                                      | 12,0                                  | 24,0                                             |
| 3. | Фонд оплаты труда профессорско-преподавательского<br>состава медицинских и фармацевтических училищ (450<br>училищ x 30 преподавателей x 22 тыс. руб. с учетом<br>начислений на ФОТ x 12 мес.)                                        | 3,6                                                           | в 2 раза                                                                      | 3,6                                   | 7,2                                              |
| 4. | Бесплатное лекарственное обеспечение населения в<br>амбулаторных условиях                                                                                                                                                            | 100,0                                                         | в 3 раза                                                                      | 200,0                                 | 300,0                                            |
| 5. | Развитие непрерывного медицинского образования                                                                                                                                                                                       | 9,0 <sup>2</sup>                                              | в 3 раза                                                                      | 17,0                                  | 27,0                                             |

<sup>1</sup> Если не указано иначе, то данные представлены из Доклада о реализации Программы государственных гарантий оказания граж-  
данам РФ бесплатной медицинской помощи в 2010 г.



Окончание табл. 4.

| №  | Наименование статьи расхода                                                                                                                                                  | Финансирование в 2010 г. <sup>1</sup> (млрд. руб.) | Кратность увеличения | Объем увеличения в млрд. руб.                                              | Финансирование к 2015 г. в ценах 2010 г. |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 6. | Увеличение расходов на высокотехнологичную медицинскую помощи                                                                                                                | 37,2                                               | в 2 раза             | 37,2                                                                       | 74,4                                     |
| 7. | Оснащение современным диагностическим оборудованием медицинских организаций и капитальный ремонт и инвестиционное строительство                                              |                                                    |                      | 20,0<br>с 2013 г. <sup>3</sup>                                             | 20,0                                     |
| 8. | Развитие школьной медицины (52 тыс. школ x 40 тыс. руб. с учетом начислений на ФОТ x 12 мес.)                                                                                | -                                                  | -                    | 25,0                                                                       | 25,0                                     |
| 9. | Развитие производственной медицины – на предприятиях должна быть обязательная статья расходов на профилактику заболеваний, которая учитывается в себестоимости производства. |                                                    |                      | Необходимы расчеты, в среднем не менее 3% от ППП, т.е. около 44 млрд. руб. |                                          |
|    | <b>ИТОГО</b>                                                                                                                                                                 |                                                    |                      | <b>~ 1 015,0</b>                                                           | <b>~ 2 630,0</b>                         |

<sup>2</sup> Сегодня на повышение квалификации врачей тратится всего около **10 млрд. руб.** Расчеты произведены следующим образом: {(700 000 врачей / 5 лет) x 144 ч x 350 руб.}, где 350 руб. стоимость 1 ч повышения квалификации, 700 Тys. число врачей, которые должны проходить повышение квалификации 1 раз в 5 лет по 144 ч. Дополнительно около 2 млрд тратиться на конференции, командировки и др.

<sup>3</sup> 300,0 предусмотрено законом «Об обязательном медицинском страховании» на 2011-2012 гг.

## 4.4. Оценка эффективности дополнительных вложений в здравоохранение

Улучшение здоровья населения (опосредованное через систему здравоохранения) является фактором, способствующим развитию экономики, обеспечению национальной безопасности, социальной и политической стабильности в стране, а также является высокорентабельным для государства с точки зрения финансовых вложений. Влияние здравоохранения на экономическое развитие реализуется как напрямую, так и опосредованно, например через улучшение социальных показателей.

Прямой вклад в экономику складывается из следующих составляющих: снижение смертности трудоспособного населения, снижение числа дней нетрудоспособности и продление трудоспособного возраста населения. Расчет этих эффектов подробно представлен в монографии Г.Э. Улумбековой «Здравоохранение России. Что надо делать»<sup>1</sup>. В этом исследовании обосновано, что общий прямой экономический эффект, связанный со снижением смертности трудоспособного населения в 2 раза, снижением числа дней нетрудоспособности на 25% и поэтапным продлением трудового возраста на 5 лет (у мужчин до 65 лет, женщин до 60), с 2008 по 2020 г. составит **34,8 трлн руб.**, или 84% от ВВП 2008 г., или плюс 6% ВВП ежегодно. При этом важнейшим фактором для роста экономики РФ является продление активного трудоспособного возраста. Для России это особенно важно, так как пенсионный возраст у нас один из самых низких. В странах ЕС, США, Канады и других пенсионный возраст и для мужчин, и для женщин составляет 65 лет и выше.

Косвенный вклад в экономику от оздоровления населения. Этот эффект складывается из следующих составляющих.

- **Повышение производительности труда.** В работах М. Suhrcke и соавт. (2007) показано, что производительность труда здоровых людей (оцененная по продолжительности рабочего дня и заработной плате) в среднем на 12–23% выше, чем у граждан, страдающих хроническими заболеваниями.

---

<sup>1</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. — М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2010. — 592 с.

- Сокращение числа людей, предварительно вышедших на пенсию. Наличие хронического заболевания увеличивает вероятность того, что работник выйдет на пенсию на 2 года раньше (Suhrcke M. et al., 2007).
- Снижение объема социальных выплат по дням нетрудоспособности и в связи с преждевременным выходом на пенсию.
- Сохранение доходов семей за счет сокращения смертности и вследствие общего оздоровления населения.
- Создание новых рабочих мест. Здравоохранение как отрасль экономики создает новые рабочие места (всего сегодня в здравоохранении трудятся 5% от занятых в экономике), в том числе рабочие места создаются за счет развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности.
- Развитие медицинской науки и образования. Здравоохранение также определяет потенциал медицинского образования и медицинской науки, поскольку является главным заказчиком продуктов их деятельности.

Оцененный автором вклад от улучшения здоровья населения в экономику страны сопоставим с оценками экспертов ВОЗ (Suhrcke M., Rocco L., McKee M., 2008).

Если экстраполировать расчеты, проведенные автором на период 2011–2016 гг., то можно оценить рентабельность вложений дополнительных расходов в экономику страны в ценах 2010 г. Всего за этот период потребуется дополнительных вложений около 5 трлн руб. (за 2011–2012 гг. суммарно – 1 трлн руб.). Если экономический эффект улучшения здоровья населения составляет около 6% ВВП ежегодно, то общий эффект за 6 лет составит 16,2 трлн руб. ( $45 \text{ трлн руб.} \times 6\% \times 6 \text{ лет}$ ), где 45 трлн руб. – ВВП 2010 г. Значит, на каждый вложенный 1 рубль в здравоохранение выгода для государства составит **3,2 рубля**.

Таким образом, ежегодные вложения в здравоохранение (опосредованные через улучшение здоровья населения) высокоэффективны, на каждый вложенный 1 рубль доход составляет 3,2 рубля.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подготовленного ко 2-му чтению в ГД РФ, показал, что он **не будет** способствовать улучшению ситуации в здравоохранении и тем более **не позволит** добиться запланированных Правительством РФ показателей здоровья населения к 2020 г. Это связано с тем, что законопроект **не решает** ключевых проблем здравоохранения, связанных с недофинансированием программы государственных гарантий, с дефицитом и неудовлетворительной квалификацией медицинских кадров, с неэффективным управлением и др. Часть установленных законопроектом гарантий будет обеспечиваться за счет средств субъектов РФ и, соответственно, будет зависеть от их финансовой обеспеченности. Всё это в условиях дефицита средств в субъектах РФ приведет к неисполнению гарантий и **к неравенству прав на бесплатную медицинскую помощь граждан**, проживающих в различных регионах. Всё это усилит **недовольство населения и медицинских работников**.

**В связи с этим законопроект должен быть кардинально переработан.** В нем должны быть следующие нормы: механизмы установления **минимальных расходов** на систему здравоохранения из общественных источников; порядок **покрытия дефицита** финансирования территориальных программ государственных гарантий; порядок установления **минимальных окладов** труда по основным квалификационным категориям медицинских работников; современные механизмы **повышения квалификации врачей**, в том числе развитие системы непрерывного медицинского образования; нормы, предусматривающие увеличение числа граждан, которым лекарственные средства будут предоставляться бесплатно, по развитию школьной и производственной медицины; нормы, регламентирующие **ответственность руководителей** всех уровней управления здравоохранением за достижение целевых показателей здоровья населения, качества и доступности медицинской помощи.

Для ответа на эти вызовы необходимо **в 1,6 раза** увеличить государственное финансирование здравоохранения по сравнению с 2010 г., или на **1 трлн руб.** ежегодно в ценах 2010 г. Для этого

Правительству РФ необходимо найти дополнительные источники финансирования государственной системы здравоохранения, как это сделали Правительства «новых» стран ЕС, имеющих одинаковый с Россией ВВП на душу населения (19 тыс. \$ ППС в год). Ежегодные дополнительные вложения в здравоохранение (опосредованные через улучшение здоровья населения) высокоэффективны: доход составляет 3,2 рубля на каждый вложенный 1 рубль.

Принятие доработанного законопроекта, который ответит на главные вызовы системе здравоохранения, будет способствовать улучшению демографических показателей и показателей здоровья населения РФ, позволит сохранить до 6% ВВП ежегодно, а также значительно **повысит доверие населения и медицинских работников к Президенту, Правительству, Государственной Думе и другим органам государственной власти РФ**. Коренной перелом ситуации может произойти только при условии личного патронажа со стороны первых лиц государства, как это было при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

## Приложение I

### Обоснование дополнительных расходов на развитие непрерывного медицинского образования и расчет их эффективности

Расчет дополнительных затрат на повышение квалификации врачей с учетом повышения оплаты труда и квалификации профессорско-преподавательского состава приведен в табл. п-1

Таблица п-1

#### Дополнительные расходы на развитие НМО

|    | Направление                                                                                                                                                                                      | Обоснование расчетов                                                                       | Расход в год (в млрд руб.)  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Информационное обеспечение медицинских работников (руководства и доступ к электронной медицинской библиотеке на рабочих местах, восстановление медицинских библиотек в медицинских организациях) | На 1 врача — 3000 руб.<br>На 1 среднего медицинского работника — 500 руб.                  | 2,9<br>(2,1 + 0,75)         |
| 2. | Проведение ежемесячного дистанционного обучения на рабочих местах                                                                                                                                | На 1 врача — 300 руб.<br>в мес,<br>на 1 среднего медицинского работника — 100 руб.         | 4,3<br>{(0,21 + 0,15) × 12} |
| 3. | Обеспечение 1 раз в год посещения межрегиональной или всероссийской конференции                                                                                                                  | На 1 врача – 10 тыс. руб. в год,<br>на 1 среднего медицинского работника – 5 тыс. руб.     | 14,5<br>(7,0 + 7,5)         |
| 4. | Обучение в специально созданных центрах при больницах с использованием симуляционных технологий;                                                                                                 | На 1000 больниц (мощностью 500- 1000 коек) – 5 млн руб. на каждую, на Плюс 20% амортизация | 5,0 (разово) + 1 ежегодно   |
| 5. | Повышение в 2,5 раза оплаты труда профессорско-преподавательского состава (ППС), обучающего врачей (с 350 руб. в среднем за 1 ч до 900 руб.).                                                    | Сегодня ФОТ ППС составляет 7 млрд. руб. (700 тыс. врачей / 5 лет × 144 ч × 340 руб.).      | 11,0                        |

Окончание табл. п-1

|    | Направление                                                                                            | Обоснование расчетов                                                                                                                                                             | Расход в год (в млрд руб.)                               |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 6. | Выделение средств на повышение квалификации профессорско-преподавательского состава, обучающего врачей | 6,5 тыс. преподавателей {(7 гидуов × 50 кафедр × 10 преподавателей) + (20 ФУВов × 15 кафедр × 10 преподавателей)}<br>1 раз в 5 лет по 144 ч<br>из расчета стоимости 1 ч 900 руб. | 0,2<br>{(6,5 тыс. препод. / 5 лет) × 144 ч × 1000 руб.)} |
|    | <b>ИТОГО</b>                                                                                           |                                                                                                                                                                                  | <b>~ 38,0</b>                                            |

Сегодня на повышение квалификации врачей тратится около **7 млрд руб.** Расчеты произведены следующим образом:  $\{(700\ 000 \text{ врачей} : 5 \text{ лет}) \times 144 \text{ ч} \times 350 \text{ руб.}\}$ , где 350 руб. — стоимость 1 ч повышения квалификации, 700 тыс. — число врачей, которые должны проходить повышение квалификации один раз в 5 лет по 144 ч. Дополнительно около 2 млрд руб. тратится на выставки и конференции, т.е. всего 9 млрд. руб.

Таким образом, всего расходы на развитие НМО обойдутся в **38 млрд руб.**, или в **4,2 раза** больше, чем тратится сегодня. Эта сумма составляет всего **4%** фонда оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных медицинских организаций (885 млрд руб. в 2010 г.). Эффекты от развития НМО суммарно представлены в табл. п-2.

Таблица п-2

## «Положительные эффекты от развития НМО в РФ»

| №  | Результат, благодаря которому будет достигнут эффект (выгода)                                       | Сумма (млрд руб.) |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. | Снижение на 20% числа необоснованных госпитализаций                                                 | 32,0              |
| 2. | Снижение на 20% числа повторных госпитализаций и осложнений заболеваний вследствие врачебных ошибок | 23,0              |
| 3. | Снижение на 10% числа врачебных ошибок                                                              | 11,6              |
| 4. | Снижения на 3% числа дней нетрудоспособности                                                        | 26,5              |
| 5. | <b>ИТОГО</b>                                                                                        | <b>~ 93,0</b>     |

**Расчет эффективности дополнительных вложений на развитие НМО сделан следующим образом.** Прямой эффект, благодаря улучшению качества медицинской помощи, складывается из следующих составляющих (показатели взяты на основе международного опыта и экспертных оценок):

- 1) снижение на 20% числа необоснованных госпитализаций;
- 2) снижение на 20% числа повторных госпитализаций и осложнений заболеваний вследствие ошибок медицинского персонала;
- 3) снижение на 10% смертности пациентов вследствие ошибок медицинского персонала;
- 4) уменьшение на 3% числа дней нетрудоспособности у граждан, вследствие ошибок медицинского персонала.

По всем перечисленным составляющим можно оценить эффект (экономия или дополнительный вклад) в рублях. Для пп. 1–2 этот вклад можно оценить через стоимость лечения, для пп. 2–4 через вклад работников в ВВП страны, который можно оценить в рублях.

Косвенный эффект от повышения качества медицинской помощи складывается из следующих составляющих: снижение социальных выплат, общее оздоровление населения, повышение производительности труда. По данным разных исследований, этот эффект оценивается в 30–50% от прямого эффекта. Все расчеты приведены далее.

**1. Снижение на 1% числа необоснованных госпитализаций.** По экспертным оценкам, число необоснованных госпитализаций составляет в РФ до 30%. Если мы уменьшим это число благодаря повышению квалификации врачей хотя бы на 20%, то сэкономим из всех государственных расходов на госпитализацию пациентов **32 млрд руб.**  $\{(534,5 \text{ млрд руб.} \times 30\%) \times 20\%\}$ , где 534,5 млрд руб. – стоимость всех госпитализаций в 2010 г.

**2. Снижение на 20% числа повторных госпитализаций и осложнений заболеваний вследствие ошибок медицинского персонала.** По данным исследований в Великобритании, пациенты, поступившие в стационар, имеют побочные действия (осложнения) от медицинских вмешательств в 11% случаев (половину из них можно предотвратить). Они находятся в стационаре в среднем



на 8,5 дня дольше, чем пациенты без осложнений. Если экстраполировать эти данные на РФ, можно оценить во что обходятся врачебные ошибки в России. Всего в РФ в 2010 г. было почти 31,0 млн госпитализаций, из них в 1,7 млн  $\{31,0 \times 11\% : 2\}$  случаев встречаются осложнения, которые можно было бы предотвратить. Стоимость дополнительных дней госпитализации составляет 28,9 млрд руб.  $\{1,7 \text{ млн} \times 8,5 \text{ дней} \times 2000 \text{ руб.}\}$ , где 2000 руб. — минимальная стоимость 1 дня госпитализации пациента с осложнениями. Но поскольку в Великобритании развита система непрерывного медицинского образования и контроля качества медицинской помощи (что не в полной мере реализовано в РФ), то рассчитанный ущерб для РФ может быть как минимум в 2 раза выше и составлять 57,8 млрд руб. Если число врачебных ошибок снизится хотя бы на 20%, то этот ущерб снизится на **11,6 млрд руб. в год.**

**3. Снижение на 10% смертности пациентов вследствие медицинских ошибок.** В США от неправильных действий медицинских работников умирает около 100 тыс. пациентов: это 4% от общего числа всех умерших в США (2,4 млн в год). Если экстраполировать эти данные на РФ с учетом того, что в нашей стране система непрерывного медицинского образования и контроля качества медицинской помощи развита менее, чем в США, то от врачебных ошибок будет умирать в 2 раза больше, т.е. около 8%. Всего в РФ в 2010 г. умерло 2,02 млн человек, из них трудоспособное население составляет 567 тыс. человек, т.е. от врачебных ошибок среди трудоспособного населения умирает 45 тыс. человек. Вклад каждого трудоспособного гражданина в ВВП страны составляет 510 тыс. руб. в год (ВВП в 2010 г. равнялось 45 трлн руб. : 88 млн чел. — численность трудоспособного населения). Соответственно, эти спасенные жизни могут внести вклад в ВВП страны, равный **23 млрд руб.**  $(510 \text{ тыс руб.} \times 45 \text{ тыс. чел.})$ .

**4. Уменьшение на 3% числа дней нетрудоспособности у граждан вследствие ошибок медицинского персонала.** Сократить число дней нетрудоспособности можно путем уменьшения заболеваемости. Это также позволит внести прямой вклад в ВВП страны, который можно измерить количественно, исходя из стоимости 1 трудового

дня, оцененного по ВВП, и стоимости страховых выплат по больничному листу. Например, в 2010 г. один день нетрудоспособности, оцененный по вкладу в ВВП, стоил 2 тыс. руб. (45 трлн руб. : 22,5 млрд рабочих дней в год, произведенных всем трудоспособным населением). Всего в 2010 г. в РФ было около 360 млн дней нетрудоспособности. Средние выплаты по дню нетрудоспособности составили около 450 руб. в день.

Как показали расчеты в Великобритании (см. п. 1), осложнения от лечения, связанные с неправильными действиями врачей, возникают в 11% случаев (причем половину из них, т.е. 6,5% случаев можно было бы предотвратить). В Канаде осложнения при лечении стационарных пациентов по этим же причинам возникают в 8% случаев. Таким образом, можно считать, что в РФ из-за неудовлетворительного состояния медицинского образования осложнения, которые можно предотвратить, возникают в среднем в 2 раза чаще, т.е. в 14% случаев. Соответственно, в заболеваемости населения 14% случаев могут быть обусловлены недостаточной квалификацией врачей. Если снизить долю этих случаев хотя бы на 20%, то это означает, что заболеваемость может снизиться почти на 3% ( $14\% \times 0,2 = 2,8\%$ ). Как следствие, снизится и число дней нетрудоспособности. Расчеты показывают, что экономия от снижения числа дней нетрудоспособности составит **26,5 млрд руб.** (см. табл. П-3).

Таблица п-3

**«Расчет экономии от снижения числа дней нетрудоспособности»**

| <b>ВВП в 2010 г. (трлн руб.)</b>                                                         | <b>45,0</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Количество рабочих дней в год, произведенных всем трудоспособным населением (млрд дней)  | 22,5        |
| Стоимость 1 дня нетрудоспособности, оцененный по вкладу в ВВП (руб.)                     | 2 000       |
| Количество дней нетрудоспособности (млн дней)                                            | 360,0       |
| Средние выплаты по дню нетрудоспособности (руб.)                                         | 450,0       |
| Число сэкономленных дней нетрудоспособности при снижении заболеваемости на 3% (млн дней) | 10,8        |
| Сэкономленные средства по выплатам в связи с нетрудоспособностью (млн руб.)              | 4 873,0     |

Окончание табл. п-3

| ВВП в 2010 г. (трлн руб.)                                                                 | 45,0     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Доходы от вклада работников в ВВП (млн руб.)                                              | 21 660,0 |
| ИТОГО выгода и экономия от снижения числа дней нетрудоспособности на 3% в год (млрд руб.) | 26,5     |

Таким образом, общий эффект от вложений в развитие непрерывного медицинского образования составляет **93,1 млрд руб.** в год. С учетом того что средний косвенный эффект составляет от прямого эффекта около 50%, то всего общий эффект или выгода от сделанных вложений составит **140 млрд руб.** Далее, зная объем дополнительных вложений (38 млрд руб.), можно посчитать рентабельность вложений в развитие НМО: она составляет **3,7 руб.** на каждый вложенный **1 рубль**, что значительно превышает рентабельность вложений по другим направлениям в здравоохранении и в других отраслях экономики.

Таким образом, рентабельность вложений на каждый вложенный 1 руб. на повышение квалификации врачей составит 3,7 руб., что намного превышает эффективность вложений по другим направлениям финансирования здравоохранения и другим отраслям экономики. Коренной перелом ситуации может произойти только при условии федерального финансирования указанных мероприятий и патронажа со стороны первых лиц государства, как это было при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

## Приложение II

### Обоснование дополнительных затрат на лекарственное обеспечение и расчет их эффективности

**Расчет дополнительных затрат на лекарственное обеспечение.** Для снижения заболеваемости и предотвратимой смертности предлагается обеспечить бесплатными лекарственными средствами: детей от 0 до 16 лет и граждан, страдающих заболеваниями системы кровообращения (болезни системы кровообращения составляют в структуре смертности всего населения РФ 56%, а трудоспособного — 32%).

**Бесплатное лекарственное обеспечение детей от 0 до 16 лет составит 15,5 млрд руб.** Расчеты сделаны следующим образом: всего в год впервые выявленных заболеваний в этой группе — 40,9 млн случаев в год<sup>1</sup> (62% из них заболевания органов дыхания, органов пищеварения — 4,4%). Если считать, что средняя стоимость рецепта для лечения наиболее распространенных заболеваний органов дыхания составляет 300 руб., то всего для всех впервые заболевших потребуется 12,3 млрд руб. С учетом обращаемости по поводу заболеваний детей в возрасте от 14 до 16 лет и 10% резерва в сумме потребуется 15,5 млрд руб.  $\{(12,3 \text{ млрд руб.} + 12,3 : 7) + 10\}\%$ .

**Льготное лекарственное обеспечение (с 50% скидкой) граждан, страдающих заболеваниями системы кровообращения, составляет 186 млрд руб.** Заболевания системы кровообращения составляют 13,5% в общей заболеваемости населения РФ, или 31 млн из 228 млн заболевших в 2010 г. (или 22% населения РФ). Причем почти 60% среди этих заболеваний составляют гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стоимость месячного рецепта для лечения этих заболеваний в среднем составляет 1 тыс. руб., или 12 тыс. руб. в год. Соответственно, в год на всех больных,

<sup>1</sup> У детей доля хронических заболеваний ниже, чем у взрослого населения, и большинство детей, страдающих хроническими тяжелыми заболеваниями, входят в те или иные группы населения, обеспечиваемые лекарствами за счет государства, поэтому число обращений с хроническими заболеваниями не учитывалось.

страдающих заболеваниями системы кровообращения, потребуется около **372 млрд руб.** (12 тыс. руб. × 31 млн.).

Таким образом, общее увеличение затрат составит около **200 млрд руб.** С учетом уже имеющихся государственных затрат это составит **300 млрд руб.**, или **0,7%** от ВВП, вместо 0,9% ВВП, которые сегодня в среднем расходуются на лекарственное обеспечение из государственных источников страны ОЭСР. В расчете на душу населения эта сумма составит 2 тыс. руб., или 130 \$ППС на душу населения в год. В странах ОЭСР – 230 \$ППС, что практически в 1,8 раза выше.

**Расчет эффективности дополнительных затрат.** Расчет эффективности затрат можно сделать следующим образом. В исследованиях выявлено<sup>1</sup> (см. Приложение 1), что увеличение государственного финансирования здравоохранения на 1 трлн руб. ежегодно, направленное на повышение доступности и качества медицинской помощи, позволит снизить общий коэффициент смертности в РФ до целей, поставленных в 2010 г. (11,0 случаев на 1 тыс. населения в год). Это обеспечит ежегодное сохранение до 6% ВВП страны благодаря продлению пенсионного возраста на 5 лет, снижению смертности трудоспособного населения и числа дней нетрудоспособности.

Половина этого эффекта будет достигнута благодаря программам по здоровому образу жизни, вторая половина – благодаря повышению доступности и качества медицинской помощи, в том числе доступности лекарственных средств в амбулаторных условиях. Эти расчеты подтверждаются исследованиями в Великобритании, где показано, что роль высокоэффективных лекарственных средств в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 25% (Leatherman S., Sutherland K., 2005). Аналогичные данные следуют и из практического опыта: в развитых странах за последние 20 лет удалось добиться снижения смертности от болезней системы кровообращения в 1,7 раза с 400 до 232 случаев на 100 тыс. населения. Эти показатели были достиг-

---

<sup>1</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

нуты благодаря борьбе с факторами риска (курение, алкоголизм, избыточная масса тела) и интенсивному лекарственному лечению в амбулаторных условиях гипертонической болезни, которая ведет к инфарктам и инсультам.

Таким образом, 1,5 % от ежегодно сохраняемого ВВП страны, или **675 млрд руб.** (в ценах 2010 г.), будет обеспечено повышением доступности лекарственных средств, причем это только прямой эффект от увеличения доступности лекарств. Косвенный эффект будет включать в себя такие факторы, как повышение производительности труда, снижение социальных выплат по болезни и инвалидности, развитие отечественной фармацевтической промышленности и др. По разным оценкам, этот эффект составляет от 30 до 70%. Даже если оценить косвенный эффект по нижней границе, то общий эффект составит как минимум **900 млрд руб. ежегодно.**

Таким образом, ежегодные вложения в увеличение лекарственного обеспечения населения высокоэффективны. Увеличение объема финансирования бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях (для детей до 16 лет и для граждан, страдающих заболеваниями системы кровообращения) на 200 млрд руб. ежегодно позволит достичь эффекта в 900 млрд руб., т.е. на каждый вложенный 1 руб. – 4,5 руб. Следует учесть, что принятие Правительством решения по увеличению бесплатного лекарственного обеспечения населения будет иметь огромный политический эффект и с большим одобрением будет встречено населением. Эта программа также должна сопровождаться массовой разъяснительной работой (распространение инструкций, памяток и др.) среди пациентов и их близких о необходимости своевременного приема лекарств, назначенных врачом.

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**