**Здоровье и среда обитания человека: вызовы и варианты решения**

**Отчет экспертной группы №11 за февраль-март 2011 г.**

## Концепция 2020: первые результаты

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. (далее - КДР), утвержденная Правительством Российской Федерации в ноябре 2008 г., определяет необходимость создания условий для здорового образа жизни граждан, повышения качества окружающей их среды. Предполагается, что реализация поставленных целей позволит преодолеть последствия неблагополучной демографической ситуации и ослабления здоровья населения, обеспечить развитие человеческого потенциала.

Среди направлений формирования здорового образа жизни в КДР названы: информирование населения о вреде низкой физической активности, нерационального питания, алкоголя, табака и токсических веществ; обучение правилам гигиены и режима труда и учебы, правильному питанию. Говорится также о создании условий для занятий физкультурой и спортом. Этим параграфом (0,5 стр. текста) представлена вся политика здорового образа жизни.

В рамках реализации Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации до 2012 года Минздравсоцразвития Российской Федерации утвердило проект «Формирование здорового образа жизни». В карте проекта обозначено планируемое снижение продаж спиртного и сигарет. Однако целевые показатели для 2012 года не приведут к существенному улучшению ситуации. Так, планируется, что показатель продаж алкогольной продукции сократится с 2008 по 2012 гг. с 9,67 литров до 9,40 литров на душу населения в год. При пересчете этого показателя на душу взрослого населения (как это делается в международной статистике) получается соответственно 11,5 и 11,2 литра, при том что опасный уровень потребления, по нормам ВОЗ, начинается с 8 литров. Продажи сигарет планируется сократить, соответственно, с 2800 до 2400 штук в расчете на душу населения в год. При пересчете на одного курильщика это означает - с 27 до 23 сигарет в день, даже если не будет уменьшаться доля самих курильщиков.

Другой документ, принятый относительно недавно – Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2009 №2128-р). В Концепции зафиксирован достаточно широкий набор вполне разумных мер, которые, как показывает практика других стран, могут быть вполне эффективными. В частности, среди них «осуществление политики ценообразования, обеспечивающей установление потребительских цен на алкогольную продукцию с учетом содержания в ней этилового спирта». Соответственно, индикаторами реализации программы выступают не продажи, а потребление: «изменение структуры потребления населением алкогольной продукции за счет уменьшения доли потребления крепких спиртных напитков при одновременном существенном снижении общего уровня потребления алкогольной продукции». Инструментами реализации Концепции должны быть, среди прочих, «увеличение акциза на этиловый спирт и алкогольную продукцию в целях снижения их ценовой доступности; установление минимальных розничных цен на алкогольную продукцию».

Обе меры реализованы на практике. Однако уровень акцизов повышен незначительно. Существующие ныне акцизы, даже с учетом их планируемого повышения в течение 2011-2014 гг., не приводят к радикальному повышению цен. Например, действующий с начала 2011 г. акциз на табак составляет чуть более 7 рублей в расчете на пачку сигарет, тогда как в европейских странах и США он составляет от 50 до 70% цены. Акцизы на спиртные напитки с 1 января 2011 года проиндексированы таким образом, что налог на водку увеличился лишь на 10%, тогда как на сухие вина – на 40%. Такая практика идет вразрез с политикой других стран, замещающих в потреблении крепкие спиртные напитки слабыми – пивом и вином. В России цена водки сегодня недопустимо низка: если в 1995 году на среднюю зарплату можно было купить 25 бутылок, то в 2009 году – уже 79 бутылок.

Соотношение цен пива и водки в России равно примерно 1:4, тогда как в других странах оно достигает от 1:8 до 1:12. Исследования показывают, что в России пиво не замещает, а дополняет водку: между их потреблением наблюдается почти стопроцентная корреляция как на макро-, так и на региональном и микроуровнях. Замещения крепкого алкоголя слабым не происходит.

Минимальная цена водки, установленная с 01.01.2010 на уровне 89 рублей и повышенная с 01.01.2011 до 98 рублей, как показывают первые данные торговой статистики, практически не изменила ситуации. Доля водки в общем объеме потребления спиртного снизилась всего на 1% и по-прежнему составляет около 50%, что значительно выше, чем в большинстве развитых стран, где этот показатель варьирует от 12 до 22%. По оценкам участников алкогольного рынка, заметного снижения продаж водки не произошло, не более 10-15% потребителей переключились на менее крепкие напитки.

Для достижения поставленной в КДР цели создания условий для здорового образа жизни граждан проведено обновление нормативной правовой базы физической культуры и спорта, модернизирована система управления отраслью. Правительством Российской Федерации приняты Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2015 года», Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года.

ФЦП и Стратегия ориентируют, в первую очередь, на повышение доступности и качества спортивной инфраструктуры. По этой причине одним из приоритетных направлений финансирования отрасли является строительство и реконструкция объектов спорта. Аналогичные цели преследуют и другие проекты по развитию физической культуры и спорта, в том числе совместный проект ВПП «Единая Россия» и Минспорттуризма России «Строительство физкультурно-оздоровительных комплексов». В то же время мониторинг реализации Стратегии и ФЦП свидетельствует о неоднозначности результатов проводимых преобразований.

В Российской Федерации отмечается последовательный рост числа граждан, регулярно занимающихся физической культурой и спортом. За период с 2007 по 2015 годы КДР запланировано увеличение этого показателя с 14,8% до 30% от общей численности населения в Российской Федерации. По состоянию на начало 2011 года этот показатель зафиксирован на отметке 18,5%.

За период 2008-2010 годов в эксплуатацию введено 12,5 тыс. спортивных сооружений, общая численность объектов спорта составляет 248 тысяч. Вместе с тем, несмотря на масштабное строительство и реконструкцию спортивных сооружений, вопрос о доступности спортивной инфраструктуры остается одним из наиболее проблемных. Особенную актуальность он приобретает для граждан, проживающих в сельской местности. Недостаточная доступность объектов спорта влияет на увеличение стоимости физкультурно-спортивных услуг. В итоге, даже в крупных российских городах с развитой спортивной инфраструктурой, социальными преференциями для малообеспеченных групп населения и более высоким уровнем дохода работающих граждан многие из объектов спорта не используются на проектную мощь. Другие объекты, продающие свои услуги по более привлекательным ценам, перегружены.

В качестве приоритетных задач развития системы здравоохранения в КДР определены:

1. обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме;
2. модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования;
3. повышение эффективности системы организации медицинской помощи;
4. улучшение лекарственного обеспечения граждан;
5. информатизация системы здравоохранения;
6. развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду;
7. совершенствование системы охраны здоровья населения;
8. реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" (2009 - 2012 годы).

За прошедшие два года наиболее существенные продвижения достигнуты в решении второй и восьмой задач.

Анализ содержания КДР показывает, что в ней не отражены очень важные вызовы, стоящие перед системой охраны здоровья и соответственно направления возможных действий в ответ на них. Ниже для рассмотрения предлагаются варианты действий по решению ключевых проблем охраны здоровья населения страны. Следует подчеркнуть, что **не каждый из предлагаемых инструментов может быть использован сразу в ближайшие годы, но их рассмотрение необходимо для разработки будущей «дорожной карты» развития системы охраны здоровья на перспективу**.

## Главные вызовы системе охраны здоровья и возможные стратегии действий

Ключевой проблемой состояния здоровья населения России являются высокие показатели смертности и заболеваемости. Несмотря на заметное сокращение смертности в последние годы – с 16,1 на 1000 чел. населения в 2005 г. до 14,3 в 2010 г., этот уровень все еще очень высок по сравнению с европейскими странами (9,6 в странах ЕС в 2009 г.). Показатели заболеваемости продолжают расти, причем это нельзя объяснить только результатом улучшения выявляемости заболеваний: темп прироста общей заболеваемости за период 2005-2009 гг. - 9,8% превысил темп прироста первичной заболеваемости (число впервые выявленных случаев заболеваний) – 7,6%.

При этом по расходам на здравоохранение Россия намного отстает от западноевропейских стран: доля общих расходов на здравоохранение в ВВП у нас почти в 1,7 раза меньше, чем в странах ЕС (5,2% и 9,0% в 2008 г. соответственно), а доля государственных расходов в ВВП - в 2 раза меньше (3,4% и 6,9% соответственно). В абсолютном выражении в расчете на одного человека российское государство тратит на здравоохранение в 3,9 раза меньше (567$ и 2203$ по ППС в 2008 г. соответственно).

В таких условиях принципиально возможны две стратегии действий государства по решению задачи сокращения смертности и улучшения состояния здоровья российского населения.

*1.* *Стратегия догоняющего развития:* сокращение разрыва с европейскими странами в качестве и доступности медицинской помощи (объемах высокотехнологичной медицинской помощи, уровне технической оснащенности медицинских учреждений, качестве лекарственной помощи пациентам и т.д.) главным образом за счет наращивания финансирования здравоохранения. К этой стратегии тяготеют меры, реализуемые в нашей стране начиная с 2006 года. Размеры государственного финансирования здравоохранения выросли за последние 5 лет в 2,3 раза в номинальном выражении, или в 1,4 раза в реальном выражении. Эти меры дали значительные позитивные результаты

Однако, принимая во внимание прогнозы развития российской экономики на среднесрочную перспективу, нереалистично ожидать, что разрыв в уровне государственного финансирования здравоохранения между нашей страной и ведущими западноевропейскими странами будет достаточно быстро сокращаться в ближайшее десятилетие. Даже если продолжать увеличивать размеры государственных расходов на здравоохранение такими же темпами, как и в 2006-2010 гг., то в 2020 г. можно будет достичь лишь половины того уровня государственных затрат на здравоохранение, который имеет место в странах ЕС уже в настоящее время. Таким образом, нужно исходить из того, что значительные улучшения в охране здоровья российского населения должны быть достигнуты прежде всего не за счет наиболее дорогостоящих и технически сложных методов лечения, а за счет профилактики заболеваний и совершенствования эффективности и качества работы основной массы лечебно-профилактических учреждений.

*2. Стратегия асимметричного ответа:* изменение приоритетов в системе охраны здоровья.

Основой политики в области поддержания здоровья населения должно в ближайшие годы стать формирование здорового образа жизни и повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения. Вклад здорового образа жизни в итоговые показатели здоровья существенно выше, чем вклад наследственных факторов и медицинской помощи. А меры формирования здорового образа жизни не столь затратны, и более того, могут даже приносить непосредственный финансовый эффект в форме роста налоговых поступлений. В долгосрочной перспективе улучшение здоровья населения даст не только эффект увеличения трудовых ресурсов и экономической активности, но и станет фактором сдерживания расходов на лечение заболеваний.

Нужно особо подчеркнуть, что данная стратегия не означает отказа от увеличения затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оплату труда медицинских работников, улучшение состояния зданий медицинских учреждений и их оснащение новым медицинским оборудованием. Речь идет о более рациональном распределении прироста расходов на здравоохранение между разными целями. Определенное изменение приоритетов стало актуальным именно потому, что до сих пор финансированию здорового образа жизни и профилактики заболеваний уделялось меньше внимания, чем ресурсной поддержке иных целей, более популярных среди элиты медицинского сообщества. Сегодня расходы на широко понимаемую профилактику не адекватны ее роли в сохранении здоровья, в сравнении с финансированием помощи, оказываемой уже заболевшим людям.

Учитывая, с одной стороны, остроту проблем здоровья населения страны, а с другой – реальные экономические возможности в ближайшее десятилетие, представляется, что Правительству необходимо перейти от стратегии догоняющего развития к стратегии асимметричного ответа. Разумеется, переход не может и не должен быть скачкообразным.

Рассмотрим теперь ключевые направления действий в области формирования здорового образа жизни, физической культуры и спорта и оказания медицинской помощи.

1. **Формирование здорового образа жизни**

***3.1.Сокращение табакокурения и потребления алкоголя***

Ощутимого прогресса в ближайшие 8-10 лет в решении задачи формирования здорового образа жизни можно достичь, проводя политику противодействия распространению табакокурения и потребления алкоголя.

* + 1. *Акцизная политика*

Среди наиболее эффективных, по опыту других стран, инструментов такой политики - экономические меры, и прежде всего акцизы на табак и алкоголь. Как показывают многочисленные исследования, их повышение позволяет не только сократить объем потребления, но и снизить долю курильщиков и регулярно употребляющих алкоголь. Важно, что при этом сокращается численность тех, кто впервые начинает пить и курить. Исследования для России показывают, что наиболее чувствительны к повышению цен на алкоголь и табак именно молодые люди.

Вместе с тем исследования показывают, что рост доходов населения при прочих равных условиях приводит к увеличению потребления спиртного, так что снижать потребление возможно лишь радикально повышая цены. Поэтому существенное и дифференцированное повышение цен алкоголя за счет акцизов должно стать приоритетной мерой антиалкогольной политики, одновременно с борьбой с нелегальным рынком.

Более активная политика повышения цен на водку и сигареты сдерживается опасениями троякого рода: а) увеличение акцизов приведет к росту нелегального рынка алкоголя и табака и потребления эрзац продуктов, негативное влияние которых на здоровье гораздо сильнее; б) существенное снижение экономической доступности алкогольных и табачных изделий приведет к усилению социального недовольства, «водочным» и «табачным» бунтам; в) рост цен приведет к сокращению продаж алкогольной и табачной продукции и соответственно к уменьшению налоговых поступлений в бюджет.

Для противодействия росту производства и потребления низкокачественных, «самопальных» алкогольных напитков потребуются серьезные меры контроля оборота незаконной продукции. Если исходить из того, что способность государства реализовать такие меры невелика и не может быть усилена в среднесрочном периоде, то обсуждение альтернатив существующей политике во многом вообще теряет смысл. Разработка альтернативных действий в сфере охраны здоровья (и не только в ней) предполагает способность государства не только поддерживать status quo, но и добиваться реализации новых решений.

Что же касается риска «водочных» и «табачных» бунтов, то опыт стран Восточной Европы и, в частности Украины, резко повысивших акцизы, показывает, что эти опасения напрасны – никаких народных волнений там не наблюдалось. Кроме того, как показывают опросы населения, более половины российских граждан поддерживают повышение цен на водку, и более 70% - на табак. Противодействия можно ожидать прежде всего со стороны производителей, которые организованы в сильные лобби.

Потери бюджета от сокращения налоговой базы (объема продаж) будут компенсироваться за счет существенного роста налоговых ставок, так как спрос на алкоголь и табак слабо эластичен по цене. В итоге доходы бюджета, по экспертным оценкам, могут увеличиться, в зависимости от роста акцизных ставок, на 150-450 млрд. руб. в год, даже в предположении ежегодного 8-10%-ного падения рынка.

* + 1. *Усиление ограничений на приобретение и потребление алкогольных и табачных изделий*

Помимо экономических мер, необходимо шире использовать законодательные ограничения, в частности – территориальной и временнόй доступности алкоголя и табака, что может быть сделано с помощью сокращения числа выдаваемых лицензий на торговлю и сокращения часов продажи.

Необходим полный запрет на курение не только в образовательных и медицинских учреждениях, но и во всех общественных местах – на транспорте, на работе, в кафе, ресторанах, учреждениях отдыха и пр. Другая важная мера - ограничения мест употребления спиртных напитков и увеличение штрафных санкций за действия, предпринятые в нетрезвом виде. По данным исследований, объем употребления спиртных напитков резко возрастает в расчете на одного пьющего, если местом употребления выступает улица (парк, сквер, подъезд и т.д.). Соответственно, возрастает и число противоправных действий в результате опьянения, травм и смертельных случаев. Необходимы ужесточение законов и более жесткий контроль их исполнения.

Полный запрет на рекламу алкоголя и табака, как показывает зарубежный опыт, дает существенный эффект, особенно в отношении «новых» потребителей. Названные меры не требуют существенных затрат и безусловно будут поддержаны большинством населения. Противодействия можно ожидать со стороны производителей, продавцов (включая общепит) и рекламодателей. Однако, опыт европейских стран, вводивших запреты на курение, показывает, что существенного сокращения числа посетителей кафе и ресторанов не произошло. Реклама табака в российской печатной продукции занимает не более 2% рекламных площадей. Выгоды, помимо сокращения потребления табака и алкоголя, в значительном уменьшении «внешних эффектов», как немедленных, так и отложенных (включая пассивное курение).

* 1. ***Меры, повышающие информированность населения о здоровом образе жизни***

Меры информационного характера могут быть использованы в борьбе и с курением, и с потреблением алкоголя, однако исследования показывают, что они наиболее эффективны, когда речь идет о здоровом питании. Большинство курильщиков и злоупотребляющих алкоголем знают о вреде своих привычек, однако это, как правило, не побуждает их изменить поведение. И наоборот, подавляющее большинство тех, кто неправильно питается, считают свой образ жизни здоровым. При этом более половины людей, получивших консультации по правильному питанию, действительно меняют свой рацион. Наиболее результативными считаются школьные уроки для детей от 7 до 11 лет, эта мера не требует высоких затрат (обучение учителей), но дает долгосрочный эффект. Необходимо расширять и социальную рекламу, нацеленную на пропаганду здорового образа жизни. Причем в случае табака и алкоголя лучше всего «работает» антиреклама, то есть создание негативного образа, тогда как в случае правильного питания и спорта это должна быть именно реклама, создающая «моду на здоровье».

* 1. ***Приоритеты адресной политики***

Целевыми группами политики формирования здорового образа жизни должны стать, в первую очередь, подростки и молодежь. С одной стороны, это возраст, в котором формируются привычки, с другой стороны, молодежь – это будущая рабочая сила и будущие родители. Кроме того, помощь нужна людям, уже имеющим вредные привычки и не способным самостоятельно от них отказаться. Работа с этими группами населения не может эффективно проводиться в медицинских учреждениях (центры здоровья), которые посещают уже больные люди, поскольку речь идет как раз о еще здоровых. Нужны другие формы – клубы по месту жительства, школьные уроки и объединения, кружки и клубы по месту работы, обучающие программы, телереклама и т.п. Нужно расширять предложение специальных форм досуговой активности для молодежи, с тем чтобы «замещать» вредные привычки – увеличивать доступность спортивных сооружений, площадок во дворах, беговых и велосипедных дорожек и пр.

* 1. ***Информационное обеспечение разработки программ формирования здорового образа жизни***

Для разработки и реализации программ здорового образа жизни необходима статистическая информация, которую в данный момент никто не собирает на регулярной основе. Потребление алкоголя и табака оценивается по данным статистики продаж, что дает достаточно грубые оценки (не включается теневая составляющая, можно оценить только среднее потребление в расчете на душу населения). Питание вообще никак не отражается статистикой, есть лишь данные по суммарному потреблению отдельных укрупненных групп продуктов. Охват населения физкультурой и спортом оценивается только в части посетителей спортивных сооружений, ни самостоятельные занятия, ни занятия в частных секциях, спортивных клубах, фитнес-центрах, ни занятия в спорткомплексах вузов не отражаются при таком учете. Поэтому необходимо регулярное статистическое наблюдение физической активности и стиля питания населения, включая потребление алкоголя и табака, на основе выборочных опросов, с тем чтобы можно было отслеживать динамику и результаты проводимых мер.

Комплексность самого понятия «здоровый образ жизни» требует системного и вневедомственного подхода к разработке единой политики. Не может быть в принципе одного ведомства, ответственного за здоровый образ жизни.

1. **Развитие физической культуры и спорта**

В рамках ФЦП «Развитие физической культуры и спорта на 2006-2015 годы» по направлению «Спорт высших достижений» за период 2006-2010 гг. велись строительство, реконструкция и проектно-изыскательские работы на 59 объектах на общую сумму 17,6 млрд. руб.. Финансирование по направлению «Массовый спорт» велось по 507 объектам на общую сумму 22 133,4 млн. руб.

Возможности граждан заниматься физической культурой ограничивает отсутствие или аварийное состояние специальных спортивных площадок по месту жительства, прекращение практики работы «кружков» и секций, востребованных, прежде всего, среди детей и молодежи.

Физическая культура и спорт представляют пока нерентабельную отрасль экономики, ее развитие в первую очередь зависит от бюджетного финансирования. Привлечение в эту область внебюджетных средств осуществляется при активном побуждении со стороны государства, пропагандирующего принципы социальной ответственности бизнеса и опирающегося на административные возможности воздействия на негосударственные организации.

В этих условиях для существенного повышения вклада физической культуры и спорта в укрепление здоровья населения необходимо изменить приоритеты государственного финансирования, направить его на выравнивание показателей обеспеченности населения объектами спорта в субъектах Российской Федерации, совершенствование форм и методов пропаганды физической активности, здорового образа жизни и, тем самым, способствовать увеличению затрат материальных средств, выделяемых государством для обеспечения устойчивого развития физической культуры и спорта из расчета на душу населения.

Дальнейшей экспертной проработки требуют вопросы совершенствования механизмов:

* государственно-частного партнерства и привлечения малого и среднего бизнеса к развитию физической культуры и массового спорта;
* повышения роли органов государственной власти субъектов Российской Федерации и, в особенности, органов местного органов самоуправления в развитии массового спорта;
* мотивации граждан к регулярным занятиям физической культурой и спортом.

Существенная часть бюджетных ассигнований на развитие физической культуры и спорта используется для создания современной материально-технической базы спорта высших достижений. Так, в рамках ФЦП «Развитие физической культуры и спорта на 2006-2015 годы» по направлению «Спорт высших достижений» за период 2006-2010 гг. велись строительство, реконструкция и проектно-изыскательские работы на 59 объектах на общую сумму 17,6 млрд. руб.. Между тем как финансирование по направлению «Массовый спорт» было лишь на 20% выше, но велось по 507 объектам.

Практика показывает, что увеличения числа объектов спорта недостаточно для повышения мотивации граждан к ведению здорового образа жизни, повышению двигательной активности, интересу к спорту вообще. Да и средняя посещаемость спортивных соревнований в Российской Федерации невысока, несмотря на успехи российских спортсменов.

Возможности граждан заниматься физической культурой ограничивает отсутствие или аварийное состояние специальных спортивных площадок по месту жительства, прекращение практики работы «кружков» и секций, распространенных в советский период и востребованных, прежде всего, среди детей и молодежи.

Физическая культура и спорт представляют пока нерентабельную отрасль экономики, ее развитие в первую очередь зависит от бюджетного финансирования. Привлечение в эту область внебюджетных средств осуществляется при активном побуждении со стороны государства, пропагандирующего принципы социальной ответственности бизнеса и опирающегося на административные возможности воздействия на негосударственные организации.

В этих условиях для существенного повышения вклада физической культуры и спорта в укрепление здоровья населения необходимо изменить приоритеты государственного финансирования. Альтернативой существующей политике является отказ от концентрации ресурсов на создании спортивной инфраструктуры и перераспределение бюджетных средств на развитие иных компонентов физической культуры и массового спорта.

Дальнейшей экспертной проработки требуют вопросы совершенствования механизмов:

* государственно-частного партнерства и привлечения малого и среднего бизнеса к развитию физической культуры и массового спорта;
* повышения роли органов государственной власти субъектов Российской Федерации и, в особенности, органов местного органов самоуправления в развитии массового спорта;
* мотивации граждан к регулярным занятиям физической культурой и спортом.
1. **Главные приоритеты модернизации здравоохранения**
	1. ***Формирование интегрированной системы оказания медицинской помощи***

*5.1.1. Усиление координации этапов оказания медицинской помощи*

Существующая организация медицинской помощи в России характеризуется сегментированностью оказания различных ее видов: первичной, специализированной амбулаторной, стационарной, медико-социальной, и некомплексностью лечебно-диагностического процесса. Разные звенья оказания медицинской помощи связаны друг с другом потоками пациентов, но слабо или вообще не координируют свои действия. Каждое звено медицинской амбулаторной помощи отвечает только за свой участок работы, соответствующий определенной области знаний. На стыках между разными звеньями находится основная часть «зон неэффективности» (высокая нагрузка на специалистов из-за низкой результативности работы первичного звена, высокая доля необоснованных госпитализаций из-за низкой результативности работы поликлиник, дублирование диагностических исследований в стационарах из-за их низкого качества в поликлиниках и т.д.).

Так, по данным исследования НИУ ВШЭ 2009 г., лишь 25% врачей поликлиник получают информацию обо всех случаях госпитализации больных с хроническими заболеваниями, за которыми они обязаны вести постоянное наблюдение. Лишь 20% врачей стационаров считают, что большая часть их пациентов получили квалифицированные консультации и все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до госпитализации.

Возможны два направления действий по решению этой проблемы. Они альтернативны не друг другу, а сохранению существующей организации медицинской помощи:

1. Ускоренный рост числа врача общей практики (возможно, под иным названием). Этот врач начинает выполнять функции координации помощи, оказываемой прикрепившимся к нему пациентам на разных этапах лечения. Он становится ключевой фигурой в управлении оказанием медицинской помощи.
2. Интеграция стационарной и амбулаторной помощи на базе стационаров. Комплексность достигается путем расширения участия врачей стационаров в оказании специализированной амбулаторной помощи, а также использованием диагностической базы больниц для проведения исследований и консультаций в амбулаторных условиях.

Рассматривая первый вариант, следует принять во внимание, что возможность и целесообразность роста числа врачей общей практики были предметом широкой дискуссии в нашей стране. Результатом этой дискуссии стало признание целесообразности сохранения существующего разделения участковых служб для взрослых и детей. Врачей общей практики целесообразно иметь не как семейных, а как врачей отдельно для взрослых и отдельно для детей. При этом врач общей практики сможет взять на себя часть функций врачей-специалистов и координацию медицинской помощи, оказываемой пациенту разными специалистами. Реализация первого варианта сталкивается со сложностями массового переобучения врачей-терапевтов и врачей-педиатров во врачей общей практики для взрослых и для детей соответственно. Однако поэтапное решение этой проблемы до 2020 г. вполне возможно. Опыт ряда постсоветских стран убеждает в высокой медицинской и экономической эффективности расширения профиля участкового врача. В частности, благодаря этому возможно значительное сокращение как очередей к врачам-специалистам на амбулаторном приеме, так и числа недостаточно обоснованных госпитализаций.

Второй вариант актуален в городах, где поликлиники отделены от стационаров. Он потребует перераспределения финансовых и кадровых ресурсов системы ОМС от оплаты работы поликлиник в пользу оплаты работы стационаров. Это также повлечет за собой необходимость пересмотра модели поликлиники и ее трансформации в организацию, оказывающую преимущественно первичную медицинскую помощь.

Разумеется, при определении конкретных мер по усилению координации этапов оказания медицинской помощи, можно и нужно будет сочетать действия в обоих предложенных направлениях. Но определение баланса между ними потребует взвешивания выделенных преимуществ и недостатков.

*5.1.2. Изменение в соотношении факторов роста качества медицинской помощи*

Большинство медицинских работников (75% по данным обследования НИУ ВШЭ 2009 г.) связывают улучшение качества медицинской помощи, прежде всего, с повышением уровня материально-технического оснащения медицинских учреждений. В последние годы благодаря Национальному проекту «Здоровье» оснащенность поликлиник и стационаров медицинским оборудованием заметно улучшилась. Однако используется имеющееся оборудование зачастую с низкой эффективностью. Одной из главных причин этого является недостаток квалифицированных кадров. С этой же проблемой столкнулись и при организации работы новых федеральных центров, построенных на периферии. Между тем в распределении государственных средств, и в частности в национальном проекте «Здоровье», повышение квалификации медицинских работников и изменения в системе их подготовки являются фактически низко приоритетными направлениями. На эти цели за период 2006-2010 гг. направлено лишь 0,2% средств, выделенных на реализацию Национального проекта.

Варианты дальнейших действий состоят либо в продолжении политики приоритетного инвестирования государственных средств в материально-вещественную составляющую системы здравоохранения, либо в изменении приоритетов в пользу инвестиций в человеческий капитал (профессиональные компетенции) медицинских работников. Хотя оба эти направления тесно связаны между собой, тем не менее, представляется, что в ближайшие годы нужно относительно усилить акцент на повышение квалификации врачей и медицинских работников.

*5.1.3. Приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи*

Необходимо создать условия для того, чтобы повышение доступности и качества медицинской помощи достигалось не путем наращивания численности врачей, расширения мощности медицинских организаций и не только за счет централизованного распределения новой медицинской техники, а прежде всего на основе формирования более рациональной системы организации медицинской помощи. Проведение структурных преобразований требует дополнительных вложений в систему, но одновременно получают распространение ресурсосберегающие варианты организации медицинской помощи. Они существуют в каждом секторе здравоохранения, но наиболее значительным потенциалом повышения структурной эффективности обладает укрепление первичной медико-санитарной помощи. Существуют эмпирические доказательства того, что более высокий уровень развития ПМСМ снижает нагрузку на государственные финансы и обеспечивает более высокие конечные показатели функционирования здравоохранения. Например, в Эстонии врачи общей практики берут на себя от 30 до 70% функций по отдельным категориям узких специалистов. Расширение объема амбулаторных услуг больным с диабетом, астмой, гипертонией ведет к сокращению объема стационарной помощи по этим заболеваниям на 20-45%. Поэтому первоочередное развитие ПМСП должно стать приоритетом развития здравоохранения и важнейшим элементом его структурной перестройки.

*5.1.4. Расширение возможностей получения консультаций специалистов и проведения диагностических исследований*

При развитой сети амбулаторно-поликлинических учреждений население часто сталкивается с проблемами получения консультаций квалифицированных специалистов и диагностических исследований, назначенных врачами первичного звена. Основная часть диагностических ресурсов и квалифицированных врачей сосредоточена в стационарах, получение соответствующих услуг обычно требует госпитализации. Врачи стационара часто повторяют диагностические исследования, проведенные в территориальных поликлиниках, не доверяя их результатам. Помимо ограничения доступности специализированной помощи, это ведет к удорожанию лечения.

Для повышения доступности специализированной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, возможны следующие механизмы:

1. Формирование амбулаторно-поликлинических комплексов за счет объединения больниц и поликлиник. Работая под единым руководством, эти комплексы будут обязаны оказывать диагностические услуги по направлениям врачей первичного звена. Уменьшится дублирование диагностических исследований при амбулаторном и стационарном лечении. Повысится доступность услуг наиболее квалифицированных специалистов, работающих в стационарах. Начнется естественное вымывание специалистов, оказывающих только амбулаторные услуги и поэтому не имеющих опыта серьезных медицинских вмешательств (например, неоперирующие урологи поликлиник). Один и тот же специалист будет оказывать стационарную помощь и вести амбулаторный прием. Такая модель совмещения специализированной помощи уже давно действует в западном здравоохранении, она получила широкое распространение во многих постсоветских странах, позволив обходиться меньшим числом специалистов и обеспечив повышение качества специализированной помощи.
2. Создание в больницах отделений амбулаторного приема для проведения консультаций специалистов. В этом случае объединения поликлиник и больниц не происходит и последние расширяют объем амбулаторной помощи собственными силами.
3. Развитие сети самостоятельных консультативно-диагностических центров. Они имеются во многих регионах страны и реально повышают доступность диагностических исследований, но мощности таких учреждений ограничены. Расширение этих мощностей потребует серьезных дополнительных вложений при высоком риске дублирования диагностической базы больниц и диагностических центров.

Риск первого варианта – в сложности его реализации. Руководители медицинских учреждений, включаемых в комплексы, будут возражать против ограничения своих полномочий. Кроме того, высока вероятность того, что в объединенных больницах главными «зарабатывающими» подразделениями будут отделения стационара, а поликлиника окажется на втором плане.

Частично нейтрализовать этот риск можно путем формирования объединенных комплексов на базе поликлиник, а не стационаров (принцип территориальных медицинских объединений, действующий в советском здравоохранении в конце 80-х годов). Главные врачи поликлиник, став руководителями комплекса, с большей вероятностью будут заинтересованы в первоочередном развитии амбулаторной помощи. Другой механизм – использование методов оплаты за согласованные, а не фактические объемы стационарной помощи с учетом степени ее сложности. Это даст возможность ограничить мотивацию к наращиванию необоснованных объемов стационарной помощи.

Второй вариант легче реализовать, но он также предполагает налаживание более эффективного взаимодействия территориальных поликлиник и больниц. Далеко не очевидно, что больницы будут использовать свои амбулаторные отделения на полную мощность. Чтобы нейтрализовать этот риск, необходимо изменение принципа оплаты медицинской помощи – платить не за амбулаторную и стационарную в отдельности, а за случай комплексного лечения, включающий как амбулаторные, так и стационарные услуги (за эпизод лечения). В этом случае больница будет заинтересована в первоочередном развитии амбулаторной помощи.

*5.1.5. Преодоление структурных диспропорций в оказании стационарной помощи*

Развитие советского здравоохранения долгое время шло по пути приоритетного развития стационарной помощи, открытия новых клиник, наращивания коечного фонда. За последние 20 лет коечный фонд сократился на треть, прежде всего за счет маломощных больниц. Но по обеспеченности койками мы по-прежнему заметно опережаем большинство стран с развитой экономикой (в России 97 коек на 10000 человек в 2009 г., в странах ЕС – 53). Организация медицинской помощи в нашей стране характеризуется большой долей необоснованных госпитализаций (по экспертным оценкам, от 30 до 40% пациентов стационаров могли бы с той же результативностью быть пролечены в амбулаторных условиях) и большой длительностью лечения в стационарах (в России в среднем 13 дней, в странах ОЭСР – 6,5). При этом избыточность коечного фонда по одним профилям сочетается с его недостаточностью по другим и с раздробленностью специализированых коек по мелким отделениям, снижающим эффективность их работы. Например, исследование НИСП, проведенное в 2009 г. в одном из российских регионов с относительно высоким уровнем финансирования здравоохранения, показало, что нехватка онкологических коек на 42% сосуществует с излишком терапевтических коек на 30%.

 Повышение эффективности системы оказания стационарной помощи требует проведения ее реструктуризации.

Возможны следующие принципиальные варианты ее проведения, которые на практике могут в определенной мере сочетаться:

1) Реструктуризация «снизу»: эволюционная реструктуризация, обеспечиваемая путем развития конкуренции между стационарами, побуждающей их к оптимизации объема и структуры своего коечного фонда.

2) Реструктуризация «сверху»: плановая реструктуризация сети стационаров, обеспечивающая оптимизацию коечного фонда в региональном масштабе: дифференциация больниц по интенсивности лечения, перераспределение и концентрация специализированного коечного фонда, сокращение избыточных коек по ряду профилей и т.д. К числу возможных решений относится интеграция стационаров, создание больничных объединений и т.п.

Риски первого варианта состоят в том, что, как показывает зарубежная практика, развитие конкуренции может и не повлечь существенных изменений в структуре коечного фонда. Силы конкуренции могут оказаться слабее стремления сохранить сложившиеся коллективы, привычные для пациентов места лечения и т.п.

Риски второго варианта связаны с усилением монополизма реформированных медицинских учреждений, усложнением решения задач роста эффективности их работы в последующем.

Главный trade–off при выборе вариантов действий состоит в следующем. Сохранение или усиление территориальной доступности стационарной медицинской помощи оборачивается медленным и слишком дорогим прогрессом в росте ее качества и эффективности. Повышение качества и эффективности неизбежно влечет за собой снижение территориальной доступности.

5.1.6. *Рационализация использования ресурсов параллельных (ведомственных) систем здравоохранения*

Избыточность коечного фонда в нашей стране частично обусловлена наличием ведомственных систем здравоохранения и фактическим дублированием мощностей медицинских учреждений, расположенных на одной территории. При этом сохраняются и экономические, и административные барьеры к использованию ведомственных ЛПУ для оказания помощи по программе государственных гарантий для населения, не принадлежащего к числу работников соответствующих ведомств. Это неполный тариф в системе ОМС, не возмещающий всех видов затрат на оказание медицинской помощи, и потому делающий участие в ОМС экономически невыгодным для ведомственных учреждений. Это и прямые запреты допускать в ведомственные ЛПУ людей со стороны.

Варианты действий по рационализации использования совокупного ресурсного потенциала государственных, муниципальных и ведомственных медицинских учреждений:

1. Внедрение полного тарифа в системе ОМС и конкурсного формирования государственного заказа на оказание медицинских услуг.
2. Создание механизмов участия ведомственных ЛПУ в формировании территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, в планировании распределения ее объемов в регионе.
3. Автономизация ведомственных учреждений (перевод в тип автономного учреждения или в иные формы самостоятельных юридических лиц) в сочетании с введением системы дополнительного медицинского страхования госслужащих и других категорий работающих.

Главный trade–off при выборе направления дальнейших действий – между доступностью медицинской помощи для отдельных категорий пациентов и эффективностью системы здравоохранения в целом.

* 1. ***Изменение приоритетов государственного финансирования внедрения новых медицинских технологий и развития лекарственного обеспечения***

Усложнение технологий диагностики и медицинских вмешательств, развитие технологий лекарственной терапии, дистанционных методов диагностики и мониторинга состояния больного, домашней модели оказания медицинской помощи, – все это предъявляет новые вызовы традиционной организации здравоохранения. Новые технологические возможности будут формировать потребности в усилении специализации оказания медицинской помощи, развитии стационарозамещающих ее форм, включая совершенствование организации лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении, а также в формировании телекоммуникационной системы взаимодействия медицинских учреждений и пациентов.

Это порождает проблему выбора приоритетов государственного финансирования в сфере новых медицинских технологий и лекарственного обеспечения. Варианты действий:

1. Сохранение приоритетности вложений во внедрение новых технологий диагностики и медицинских вмешательств.
2. Перераспределение средств в пользу лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении; поэтапное создание системы лекарственного страхования при амбулаторном лечении.
3. Перераспределение средств в пользу развития системы телекоммуникаций в здравоохранении.

Основной риск реализации первого варианта состоит в неэффективном использовании государственных средств вследствие сохранения коррупционных практик организации закупок медицинского оборудования и недостатка квалифицированных кадров для работы с ним, о чем уже говорилось выше.

При введении лекарственного страхования возникает риск эскалации затрат государства, как это имело место в программе ДЛО.

При масштабном инвестировании в развитие телекоммуникаций возникают риски неэффективного использования средств вследствие сохранения коррупционных практик государственных закупок, а также риск деперсонализации ответственности за последствия медицинских вмешательств при использовании дистанционных технологий диагностики и лечения.

* 1. ***Формирование новой экономической мотивации у медицинских организаций и медицинских работников***

Важным шагом в совершенствовании институциональной среды здравоохранения стало принятие закона об обязательном медицинском страховании, в котором закреплены меры, обеспечивающие повышение эффективности в отрасли, о необходимости которых неоднократно высказывалось экспертное сообщество.

В условиях проведения организационных преобразований, усиления финансовой обеспеченности отрасли, государственных гарантий как основных гарантий предоставления гражданам медицинской помощи, представляется обоснованным сосредоточить усилия в ближайшие годы на установлении со стороны государства экономических стимулов, обеспечивающих функционирование антизатратных механизмов в здравоохранении, основанных на приоритете профилактических мер и деятельности первичного звена в здравоохранении по предупреждению развития заболеваний в тяжелые формы. Отсутствие таких механизмов является одной из главных проблем повышения эффективности использования средств в здравоохранении, а значит и препятствием к усилению доступности и повышению качества медицинской помощи.

Нужна новая система стимулов – как для медицинской организации, так и для отдельного врача. Это предполагает отказ от доминирующего принципа содержания учреждений и переход на современные методы оплаты реальных объемов и качества медицинской помощи на каждом рабочем месте. Реальная мотивация к качественному труду появится только при существенном повышении уровня заработной платы врачей. По имеющимся оценкам, это предполагает её рост, как минимум, в 2 раза в реальном исчислении. Обеспечить такое повышение невозможно только за счет эпизодических повышений зарплаты всем врачам. Необходимо связать политику оплаты труда с политикой реструктуризации здравоохранения, т.е. обеспечить возможность оказания медицинской помощи относительно меньшим числом врачей, но при повышении уровня их квалификации, расширении функций, улучшить взаимодействие отдельных медицинских служб, сократить излишние мощности учреждений, на содержание которых расходуются большие средства. Необходимо исходить из того, что формирование рациональной организации медицинской помощи – это одновременно и новые возможности повышения уровня оплаты труда медицинских работников. Именно по такому пути пошли многие постсоциалистические страны. В Польше, Чехии, Венгрии, прибалтийских государствах уровень зарплаты врачей сегодня в 1,5-2,5 раза выше средней оплаты по стране, хотя стартовые позиции у них были такими же, как в России.

Первоочередными мерами в указанном направлении могли бы стать уже апробированные в ряде субъектов Российской Федерации решения, которые необходимо закрепить в федеральных нормативных правовых актах не в качестве рекомендательных, а обязательных для исполнения органами управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе:

1. Обязательное закрепление подушевого финансирования с использованием принципа фондодержания в качестве способа оплаты амбулаторной медицинской помощи.

Данный метод основан на том, что в нормативе финансового обеспечения медицинской организации предусматриваются затраты не только на собственную деятельность, но и частично на оплату услуг других медицинских организаций (диагностических центров, стационаров, скорой помощи).

Внедрение предлагаемого способа оплаты медицинской помощи позволит повысить ответственность работников первичного звена медицинской помощи за состояние здоровья прикрепленного населения путем усиления профилактической деятельности. Появится экономическая заинтересованность медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена в развитии диагностической базы, внедрении новых медицинских технологий, повышении квалификации медицинских работников, увеличении внебольничной хирургической активности. В то же время поликлиники станут более заинтересованы в профилактической работе с прикрепленным населением и будут конкурировать за пациента.

1. Обязательное закрепление оплаты за законченный случай лечения по медико-экономическим стандартам в качестве способа стационарной медицинской помощи.

Способ оплаты стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения ориентирован на качество оказания медицинской помощи. Учреждения получают оплату не по показателю коечной мощности или за проведенные койко-дни, а за законченный случай лечения по медико-экономическим стандартам в разрезе нозологии, что снижает мотивацию к увеличению длительности госпитализации, назначению излишних консультаций и позволяет добиться сокращения временных затрат врача и пациента при оказании медицинской помощи. Предлагаемый способ оплаты позволяет повысить заинтересованность медицинских работников в результатах своего труда, способствует переносу объемов оказания медицинской помощи со стационарного уровня на поликлинический, позволяя более рационально использовать потенциал узких специалистов стационарного звена.

1. Разработка и утверждение показателей эффективности деятельности медицинских организаций, страховых медицинских организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, с установлением более подробного перечня показателей для оценки эффективности, чем в Указе Президента Российской Федерации от 28.06.2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».
2. Обязательная публикация результатов оценки эффективности деятельности медицинских организаций, страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в средствах массовой информации.
3. Установление системы вознаграждения за достижение целевых значений показателей эффективности деятельности медицинских организаций, страховых медицинских организаций, территориальных фондов обязательного медицинского страхования.
4. Установление требований к системам оплаты труда работников медицинских организаций, основанных на показателях результативности и качества оказанной медицинской помощи.
	1. **Формирование новых механизмов участия населения в финансировании здравоохранения**

Гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению носят во многом условный и даже декларативный характер. Несмотря на рост государственного финансирования здравоохранения (за период с 2001 г. по 2009 г. увеличение в реальном выражении – в 1,6 раза), расходы населения на платные медицинские услуги росли более высокими темпами (увеличение за тот же период в реальном выражении в 1,7 раза). Как свидетельствуют опросы населения, увеличивается доля пациентов, платящих за получение медицинской помощи. Более четверти медицинских обследований и процедур проводится за плату. В 2009 г. среди лечившихся в стационарах 20% пациентов оплачивали лечение. Стоматологическая помощь была платной для 68% обращавшихся за ней. Фактически значительная часть населения соучаствует в оплате медицинской помощи, входящей в состав государственных гарантий. При этом формы соучастия таковы, что лица с наиболее сложными заболеваниями часто лишены серьезной государственной поддержки и вынуждены тратить на лечение особенно высокую часть своих доходов.

 Стоимость медицинских услуг неизбежно будет увеличиваться вследствие появления новых сложных и капиталоемких медицинских технологий. Государство не обеспечивает сейчас и не сможет обеспечить в будущем бесплатное предоставление медицинской помощи всему населению на высоком технологическом уровне. Соучастие населения в финансировании растущих затрат на здравоохранение является необходимым условием его дальнейшего развития.

Однако сейчас разделение ответственности между государством, населением, работодателями является несправедливым и нерациональным. Бесплатная медицинская помощь очень часто оказывается низкокачественной или несвоевременной, а платная оказывается без гарантий качества.

Желание получить более качественные медицинские услуги и сократить время их ожидания достигается двумя способами – их приходится полностью оплачивать в кассу или (и) платить в руки медицинскому персоналу.

Несправедливость состоит в том, что тот, кто не платит, рискует своим здоровьем, а тот, кто платит в кассу – полностью несет финансовые издержки без соучастия государства. Такая же ситуация возникает и при покупке полиса добровольного медицинского страхования (ДМС): средства обязательного медицинского страхования (ОМС) при этом для пациента «теряются». При оплате в руки затраты между государством и пациентом распределяются более справедливо, но такое распределение является нерациональным для государства.

Наше население предпочитает платить при возникновении необходимости в лечении, а не покупать полисы ДМС. Такое поведение нерационально с точки зрения эффективной организации финансирования здравоохранения. Но иных форм предоплаты медицинской помощи населению пока широко не предлагается.

Возможен целый ряд вариантов ответа на эти вызовы.

1. *Конкретизация государственных гарантий*

Сейчас рационирование бесплатной медицинской помощи, как правило, происходит в неявных формах и опосредуется неформальными платежами. Альтернативой является конкретизация гарантий оказания бесплатной медицинской помощи через медико-экономические стандарты лечения и порядки оказания медицинской помощи при заболеваниях. Бесплатно гарантируется то, что включено в стандарты и порядки. Все, что за рамками стандартов и порядков – за плату, если только это не является вынужденной альтернативой по медицинским показаниям.

Такая конкретизация гарантий связана с рисками двоякого рода:

Первый риск – стандарты будут слишком дорогими для государства, поскольку при их разработке не удастся избежать «завышения планки» по сравнению с реальными финансовыми возможностями; стандарты будут иметь характер желаемого, а не возможного.

Второй риск – решение о том, что предоставляется бесплатно, а что нет, может при таком подходе оказаться фактически делегировано самим врачам. А это создаст новые возможности для получения неформальных платежей и может негативно сказаться на доступности бесплатной помощи.

Чтобы уменьшить эти риски, целесообразно установить приоритеты в оказании медицинской помощи по стандартам – выделить группы заболеваний, наносящих наибольший ущерб здоровью населения, и обеспечить максимально возможное финансовое наполнение стандартов, то есть сделать реальным предоставление при данных заболеваниях бесплатной медицинской помощи в пределах стандартов. Попытки врачей перенести затраты на пациентов по этой группе заболеваний должны рассматриваться как грубое должностное преступление.

1. *Введение соплатежей за оказываемые услуги*

Возможны разные схемы установления соплатежей пациентов за получаемое ими лечение:

* фиксированные в абсолютном выражении размеры со-оплаты за посещение врача, за день пребывания в больнице и т.д. (такие соплатежи применяются, например, в Германии, скандинавских странах, Эстонии, Чехии);
* покрытие определенной доли стоимости оказанных услуг (такая схема используется во Франции),
* покрытие разницы между полной стоимостью оказанных услуг и величиной гарантируемого государством размера оплаты услуг такого вида.

Введение таких схем сочетается с полным освобождением от соплатежей или дифференциации их размеров для определенных категорий населения: неимущих, инвалидов и т.д.

Риски введения соплатежей связаны с тем, что при установлении их размеров для разных категорий населения и жителей разных регионов и населенных пунктов не удастся избежать ухудшения доступности медицинской помощи для целого ряда категорий населения: часть тех, кто раньше не платил, будут вынуждены платить. А это может повлечь акты социального протеста, как в случае введения в 2005 г. монетизации льгот. Чтобы снизить риск социального недовольства, целесообразно введение соплатежей одновременно с расширением льготного лекарственного обеспечения для наиболее уязвимых категорий населения, как это было сделано в ряде постсоветских стран.

 Соплатежи смогут сдержать рост практик неформальной оплаты и даже сократить их, но высок риск того, что через некоторое время неформальные практики вновь станут расти.

Решение проблемы неформальных платежей невозможно без существенного повышения уровня зарплаты врачей, а это в свою очередь требует существенных изменений в организации медицинской помощи и повышения квалификации врачей, особенно в первичном секторе здравоохранения. Только такая стратегия даст возможность оптимизировать численность врачей и достойно оплачивать их труд. Уместно заметить, что некоторые постсоветские страны смогли существенно снизить остроту проблем оплаты труда врачей и неформальных платежей – за счет укрепления первичного звена и оптимизации оказания специализированной медицинской помощи. Например, в Эстонии зарплата врачей в 2007 г. составляла 1293 евро, что на 80% выше средней по экономике.

1. *Сочетание ОМС и ДМС*

Данный вариант предусматривает частичное объединение средств ОМС и ДМС . При покупке полиса ДМС, включающего существенную часть медицинской помощи, входящей в программу ОМС, страховщик по ДМС получает из системы ОМС за данного застрахованного определенную сумму средств. А именно: часть подушевого норматива затрат на одного застрахованного в системе ОМС, соответствующую той части медицинской помощи, которая покрывается полисом ДМС. В результате для страхователя расширяются возможности по покупке полиса ДМС, что позитивно повлияет на развитие данного рынка

Главными проблемами реализации такого рода схемы является то, что система ОМС потеряет часть средств, которые сегодня используются на оплату медпомощи гражданам, не имеющим страховки по ДМС. Эти потери придется компенсировать увеличением государственных расходов.

Реализация такой схемы потребует внесения существенных изменений не только в закон об обязательном медицинском страховании, но и в закон об организации страхового дела.

Основной риск данной схемы состоит в том, что она существенно не скажется на стоимости страховок по ДМС и не улучшит привлекательность ДМС для населения и работодателей.

Но следует отметить, что такой подход может оказаться привлекательным для богатых регионов, которые смогут формировать программы соучастия регионального бюджета и населения в оплате страховой программы, превышающей по стоимости базовую программу ОМС. Другими словами, такой подход позволит трансформировать территориальные программы ОМС, превышающие по объему гарантий базовую программу ОМС, в программы ДМС с соучастием населения, работодателей и государства.

1. *Софинансирование страхового взноса на ОМС*

Разрешение страховым медицинским организациям, участвующим в ОМС, предлагать дополнительные услуги сверх определенных в территориальной программе ОМС и устанавливать дополнительный страховой взнос за эти услуги (такая схема действует в Германии). Соответственно, взнос на ОМС делится на два компонента: – солидарный и в выбранную страховую медицинскую организацию. При этом устанавливается верхний предел размера страхового взноса.

Основная проблема здесь состоит в том, что перечень видов помощи, включенных в базовую и, соответственно, в территориальные программы ОМС, очень широк, и брать дополнительный взнос можно будет только за повышенный комфорт и дополнительные виды помощи, но не за более высокое качество оказания основной медицинской помощи. Продуктивная реализация этого подхода требует конкретизации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Общий риск для всех четырех обозначенных вариантов состоит в ограниченном влиянии на неформальные платежи. Но нужно отдавать себе отчет в том, что быстрых успехов в сокращении практик неформальной оплаты достичь невозможно.

Главный trade-off при выборе варианта действий по распределению ответственности за финансирование здравоохранения состоит в следующем. Если хотим сохранить гарантии и обеспечить повышение реальной доступности бесплатной медицинской помощи, то достигаем этого ценой качества этой бесплатной помощи (консервации невысокого уровня качества, и даже, возможно, его снижения). Хотим воздерживаться от действий, идущих наперекор социальным ожиданиям (что государство должно обеспечить бесплатно доступную и качественную медицинскую помощь) - проигрываем в возможностях получения населением качественной медицинской помощи. Если же создаем институциональные условия для роста качества помощи, то неизбежно придется жертвовать существующими гарантиями.

Предстоит найти экономически, социально и политически сбалансированный вариант поэтапных действий, минимизирующий соответствующие риски. Это требует в первую очередь ясного осознания необходимости сократить в период до 2020 г. разрыв между возможностями здравоохранения и ожиданиями населения. Суммируя имеющиеся материалы социологических исследований, можно утверждать, что ныне население считает обязанностью государства обеспечить каждому гражданину, как минимум, тот уровень доступности и качества медицинской помощи, который достигнут лишь в немногих городах. Достаточно быстро ликвидировать разрыв только за счет развития лечебно-профилактических учреждений экономически невозможно. Необходимо при уточнении стратегии здравоохранения более полно учитывать социально-психологические эффекты, а не только объективные показатели распространенности заболеваний, их влияния на смертность и т.п. Вместе с тем, требуется целенаправленно влиять на ожидания населения, не создавая избыточных иллюзий, соответственно, не провоцируя в конечном счете протестные настроения.

Крупную самостоятельную задачу составляет кардинальное совершенствование регулирования платной медицинской помощи. Это не только позволит существенно повысить её качество, доступность и эффективность, но и полнее использовать её потенциал для освоения инноваций, работая тем самым на развитие всей системы здравоохранения.

* 1. ***Создание прозрачной системы ожидания плановой медицинской помощи***

При всех вариантах конкретизации и обеспечения государственных гарантий в обозримом будущем сохранится рационирование медицинской помощи. Государственных ресурсов будет недостаточно для того, чтобы обеспечить быстрое предоставление услуг всем больным сразу после обращения к врачу. Кроме того, часть плановых консультаций специалистов и госпитализаций может быть отложена без ущерба для здоровья человека. Но нужна ясная процедура получения этих услуг с твердыми гарантиями в отношении сроков лечения. Опыт западных стран, где давно действует система листов ожидания, показывает, что при правильной ее организации можно существенно снизить недовольство населения нехваткой ресурсов – прежде всего, за счет снижения неопределенности и твердых гарантий получения необходимых услуг на бесплатной или льготной основе.

Предлагаются следующие механизмы:

* установление обязательного ведения в каждой медицинской организации (независимо от формы собственности) листов ожидания по плановым консультациям специалистов, получению диагностических исследований и госпитализаций – на основе направления лечащего врача. В качестве первого шага – введение листов ожиданий в крупных больницах;
* утверждение порядка ожидания плановой медицинской помощи, включая принятие решений о внеочередном оказании медицинской помощи;
* установление государственных гарантий в отношении предельных сроков ожидания для конкретных видов медицинской помощи и типов медицинских организаций;
* создание системы контроля соблюдения предельных сроков ожидания, а также ведения листов ожидания, участие в этом контроле страховых медицинских организаций, органов социальной защиты и некоммерческих организаций;
* размещение государственных заданий медицинским организациям с учетом фактических сроков ожидания (больший объем заказа размещается в организациях, обеспечивающих более оперативное получение лечения).

* 1. **Повышение эффективности государственного управления**

Необходимым условием модернизации российского здравоохранения является повышение эффективности самой системы государственного управления. Общим для всех сфер деятельности государства условием решения этой задачи является уменьшение коррупции. Вместе с тем применительно к сфере здравоохранения имеются и специфические проблемы.

**5.5.1. Централизация или децентрализация управления в здравоохранении?**

Российская система здравоохранения характеризуется иерархичной организацией сети медицинских учреждений, наличием масштабных вертикальных программ, финансируемых из федерального бюджета, значительным перераспределением финансовых ресурсов системы ОМС между регионами. Для такой системы особенно значим вопрос о том, какое распределение полномочий между федеральным, региональным и муниципальным уровнями управления более эффективно?

Новый закон об обязательном медицинском страховании реализуют линию на резкое усиление централизации финансирования и управления здравоохранением. В современных условиях централизация позволит решить ряд тактических задач и может повысить эффективность государственного управления в этой сфере в ближайшие годы. Но она одновременно порождает риски снижения или размывания ответственности нижестоящих уровней за результативность системы здравоохранения. Территориальные органы управления, сохраняя полномочия организации медицинской помощи, будут распоряжаться существенно меньшим объемом финансовых средств, а система ОМС, получив в распоряжение значительные финансовые ресурсы, становится в высокой степени автономной по отношению к территориальным органам власти. В итоге могут появится сложности в обеспечении координации их деятельности, в частности для решения задач реструктуризации территориальных систем здравоохранения.

В качестве альтернативы предлагается рассматривать централизацию как тактический этап решения задачи повышения эффективности работы нижестоящих звеньев с последующим перераспределением полномочий в их пользу. Необходимо воспользоваться централизацией для планирования стратегических направлений реструктуризации здравоохранения и их мониторинга. После «грубой» настройки, связанной с использованием методов централизованного таргетирования и контроля, целесообразно приступить к проведению более «тонкой» настройки применительно к особенностям каждого региона – уже на основе децентрализованного управления и финансирования.

**5.5.2. Повышение эффективности программ**

В настоящий момент ключевым программным механизмом реализации государственной политики в сфере здравоохранения является национальный проект «Здоровье», который оказывает ощутимое позитивное влияние на результативность всей системы здравоохранения. Вместе с тем, критерии принятия решений о составе его компонент и о распределении ресурсов в рамках проекта «Здоровье» непрозрачны. Сравнительная оценка эффективности использования ресурсов по отдельным его направлениям весьма затруднена вследствие недостатка доступных данных о его результатах. В результате централизованно принимаемые решения о составе закупаемого в рамках проекта оборудования оказываются неэффективными.Для эффективной реализации вертикальных программ в сфере здравоохранения, в том числе Национального проекта, потребуется совершенствование системы управления программами по следующим направлениям:

* внедрение прозрачных механизмов принятия решений о приоритетах в распределении ресурсов между и внутри вертикальных программ и прозрачные механизмы оценки их эффективности;
* увеличение самостоятельности нижних звеньев в определении путей реализации задач вертикальных программ.