

К X Международной научной конференции ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества

Специальные темы:

- ◆ производительность труда и человеческий фактор;
- ◆ международный финансовый и экономический кризис

7—9 апреля 2009 г.
Москва

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
ПРИ УЧАСТИИ ВСЕМИРНОГО БАНКА
И МЕЖДУНАРОДНОГО ВАЛЮТНОГО ФОНДА

И.М. Шейман
С.В. Шишкин

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

НОВЫЕ ВЫЗОВЫ
И НОВЫЕ ЗАДАЧИ

Доклад ГУ ВШЭ



Москва
Издательский дом ГУ ВШЭ
2009

УДК 61(471+571)
ББК 5(2Рос)
Ш39

ISBN 978-5-7598-0665-3

© Оформление.
Издательский дом ГУ ВШЭ, 2009

Содержание

1. Национальный проект «Здоровье»: задачи, реализация, нерешенные проблемы.....	6
1.1. Задачи и финансовое обеспечение проекта	6
1.2. Оценка выбора приоритетов национального проекта	7
1.3. Реализация мероприятий проекта	14
2. Возможности и ограничения федеральных проектов.....	22
3. Направления развития здравоохранения: проект концепции Минздравсоцразвития России	29
4. Возможные модели российского здравоохранения в будущем	43
5. О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения в условиях финансово-экономического кризиса.....	58
5.1. Основные вызовы системе здравоохранения в условиях кризиса.....	58
5.2. Основные приоритеты действий Правительства РФ в условиях кризиса.....	59

Обсуждение направлений необходимых реформ в здравоохранении ведется на протяжении последних 10 лет. В Послании Президента РФ от 26 мая 2004 г. парламенту и правительству было предложено конкретизировать государственные гарантии бесплатной медицинской помощи, перейти от сметного финансирования бюджетных учреждений к оплате за оказанный объем и качество медицинской помощи, обеспечить реализацию страхового принципа финансирования отрасли. В 2003—2005 гг. в рамках рабочей группы, созданной в Администрации Президента РФ под руководством И.И. Шувалова, обсуждались и другие направления модернизации здравоохранения, включая расширение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений на основе изменения их организационно-правовой формы, повышение структурной эффективности системы оказания медицинской помощи, формирование дополнительных программ медицинского страхования и проч. Были подготовлены соответствующие законопроекты. Но после неудачного старта программы монетизации льгот в начале 2005 г. обсуждение этих законопроектов было свернуто. Парадигма государственной политики в области здравоохранения существенно изменилась — на первый план были поставлены задачи смягчения наиболее острых проблем отрасли за счет существенного увеличения государственного финансирования. Преобразования в организации, управлении и финансировании здравоохранения были отодвинуты на второй план. Воплощением новой политики стал национальный проект «Здоровье». В последнее время обсуждение государственной политики в сфере здравоохранения заметно активизировалось.

Проблемы здравоохранения являются одним из важнейших приоритетов исследований и разработок, проводимых Государственным университетом — Высшей школой экономики. В 2006 г. был опубликован доклад ГУ ВШЭ «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса», в котором давались оценка состояния системы медицинской помощи и главные стратегии ее разви-

тия — «реформы без денег», «деньги без реформ» и «деньги плюс реформы»¹. В 2008 г. был выпущен новый доклад «Модернизация российского здравоохранения: 2008—2020 годы», в котором представлена концепция модернизации здравоохранения². ГУ ВШЭ активно участвует в обсуждении актуальных проблем отрасли в рамках постоянно действующего семинара «Политика в области здравоохранения».

Настоящий доклад имеет целью проанализировать наиболее значимые изменения в системе здравоохранения за последние три года, возможные направления его дальнейшего развития и задачи государственной политики в сегодняшней ситуации. С этой целью оценивается национальный проект «Здоровье» (его задачи, приоритеты и нерешенные проблемы), более широко ставится вопрос о возможностях и ограничениях крупномасштабных вертикальных программ. Анализируется проект «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.», подготовленный Министерством здравоохранения и социального развития в декабре 2008 г. Предлагаются возможные модели организации российского здравоохранения в обозримой перспективе.

Финансово-экономический кризис ставит новые задачи политики в области здравоохранения. Что нужно сделать, чтобы смягчить негативные социальные последствия кризиса в данной сфере? Могут ли антикризисные меры стать первым этапом необходимых реформ? Эти вопросы рассматриваются в заключительной части доклада.

¹ Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: докл. Гос. ун-та — Высшей школы экономики / [А.Г. Вишневецкий и др.]. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.

² Модернизация российского здравоохранения: 2008—2020 годы. Концепция Государственного университета — Высшей школы экономики / В.И. Шевский, И.М. Шейман, С.В. Шишкин. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008.

1. Национальный проект «Здоровье»: задачи, реализация, нерешенные проблемы

1.1. Задачи и финансовое обеспечение проекта

Приоритетный национальный проект «Здоровье» (далее — национальный проект), реализуемый с 2006 г., несомненно, стал крупной вехой в развитии российского здравоохранения. Его главная цель состояла в повышении уровня материально-технического и кадрового обеспечения отрасли и в создании на этой основе условий для улучшения показателей здоровья населения. Фактические расходы на проект в 2006 г. из всех источников составили 78,9 млрд руб., в 2007 г. — 139,5 млрд руб., в 2008 г. — 118,8 млрд руб. Финансирование проекта добавляло в год в среднем по 10% общих расходов государства на здравоохранение. Впервые за последние 15 лет государство на столько значительно увеличило бюджетные ассигнования на здравоохранение. Фактически государство начало платить по долгам, накопленным за предыдущие десятилетия финансирования отрасли по остаточному принципу. Наибольшее значение для системы здравоохранения проект имел в 2007 г., когда расходы по нему составляли 0,42% ВВП. В 2008 г. эти показатели снизились до 0,29%.

Первоначально в качестве приоритных направлений в проекте были выделены «Развитие первичной медицинской помощи» и «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью». В 2008 г. к ним были добавлены еще два: «Развитие службы крови» и «Снижение смертности от предотвратимых причин» (мероприятия, направленные на снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний и дорожно-транспортных происшествий). Правда, на них пришлось лишь 8,5% бюджета проекта в 2008 г. Распределение расходов по направлениям и мероприятиям проекта в 2006—2008 гг. представлено в табл. 1.

Если теперь попытаться оценить результативность национального проекта, то возникают два главных вопроса, на которые нужно дать ответ: 1) насколько выбранные приоритеты проекта

соответствуют потребностям населения в медицинской помощи, стратегическим целям и задачам развития здравоохранения; 2) насколько эффективно реализованы выбранные мероприятия проекта.

1.2. Оценка выбора приоритетов национального проекта

Общие приоритеты проекта, несомненно, выбраны правильно. Низкий уровень первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в российском здравоохранении сдерживает развитие профилактики заболеваний, повышает потребность в дорогостоящей специализированной помощи, усиливает фрагментарность функционирования отдельных служб здравоохранения и в конечном счете является главной причиной низких показателей здоровья населения. Что же касается высокотехнологической помощи, и здесь ее выбор в качестве приоритета был абсолютно оправдан: по данным Минздравсоцразвития России, потребность в высокотехнологичной помощи к началу реализации проекта удовлетворялась не более чем на 10%.

Правильно выбраны и главные мероприятия развития ПМСП — укрепить участковую службу (остановить «бегство» врачей с участков), переоснастить амбулаторно-поликлинические учреждения и службу скорой медицинской помощи, провести комплекс мер по профилактике заболеваний.

Тем не менее конкретные пропорции распределения средств по направлениям и мероприятиям проекта, на наш взгляд, устанавливались без серьезных обоснований. Это касается следующих показателей структуры проекта.

1. *Соотношение между развитием ПМСП и высокотехнологичной медицинской помощью (ВТП).* На реализацию приоритета «Развитие первичной медицинской помощи» за 2006—2008 гг. было направлено 152,9 млрд руб., на приоритет «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» — 100,4 млрд (см. табл. 1), т.е. соотношение составляло 60 : 40. При этом в 2008 г. расходы на два эти приоритета практически сравнялись — соот-

Таблица 1. Расходы на реализацию приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, млрд руб.

Направление национального проекта, виды расходов и источники средств	2006 г.	2007 г.	2008 г.
<i>Средства федерального бюджета</i>			
<i>Приоритет «Развитие первичной медицинской помощи»</i>			
Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых и врачей-педиатров участковых	0,15	0,3	0,3
Осуществление денежных выплат врачам общей (семейной) практики, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и работающим с ними медицинским сестрам	14,6	21,9	19,5
Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи	4,1	11,2	8,0
Оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальных образований	14,3	15,4	0,05
Оснащение автомобилями скорой медицинской помощи, отделений и учреждений скорой медицинской помощи	3,6	3,9	0,2
Иммунизация населения	4,5	6,1	5,0
Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ	2,8	7,8	8,0
Обследование новорожденных детей на галактоземию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз	0,4	0,4	0,4
<i>Приоритет «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью»</i>			
Строительство центров высоких медицинских технологий	3,2	28,8	9,4
Оказание высокотехнологичной медицинской помощи	9,8	17,5	24,0
Развитие новых высоких медицинских технологий	—	—	7,7
<i>Приоритет «Снижение смертности от предотвратимых причин»</i>			
Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП	—	—	3,2

Окончание табл. 1

Направление национального проекта, виды расходов и источники средств	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями	—	—	3,6
<i>Приоритет «Развитие службы крови»</i>	—	—	3,3
<i>Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан</i>	—	—	3,9
<i>Реализация пилотного проекта по модернизации здравоохранения</i>	—	2,0	3,4
<i>Реализация информационной поддержки и управления проектом</i>	0,6	0,7	0,2
<i>Итого за счет средств федерального бюджета</i>	58,1	116,0	100,2
<i>Средства федерального Фонда обязательного медицинского страхования</i>			
Проведение дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в возрасте 35—55 лет	1,6	4,0	—
Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой неработающим пенсионерам	4,3	—	—
<i>Итого по ФФОМС</i>	5,9	4,0	—
<i>Средства Фонда социального страхования Российской Федерации</i>			
Оплата медицинской помощи женщинам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения на период беременности и родов («родовой сертификат»)	9,0	14,5	16,6
Оплата услуг по дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи	3,9	3,0	—
Дополнительные медицинские осмотры работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными факторами	1,9	2,0	2,0
<i>Итого по ФСС РФ</i>	14,8	19,5	18,6
<i>Всего</i>	78,9	139,5	118,8
<i>Всего, % ВВП</i>	0,29	0,42	0,29

Источник: данные Минздравсоцразвития России.

ветственно 41,5 млрд и 41,1 млрд руб.¹ Нам представляется, что такая пропорция недостаточно учитывает значительно более высокую затратную эффективность ПМСП. На этом уровне, как показывает зарубежная практика, может начинаться и заканчиваться лечение 80—90% заболеваний, и это позволяет снизить потребность в дорогостоящей стационарной помощи. Например, в Эстонии и Киргизии программы борьбы с гипертонией, астмой, диабетом и другими хроническими заболеваниями, реализуемые врачами первичного звена, позволили снизить потребность в стационарной помощи на 20—30%. Есть все основания считать, что многочисленные проблемы российского здравоохранения, в том числе высокая потребность в высокотехнологичной помощи, коренятся в слабом развитии первичного звена. Дополнительные вложения в этот сектор должны быть как минимум в 3 раза выше, чем затраты на высокотехнологичную помощь. Во всяком случае — в ближайшие 4—5 лет. И только кардинальное его укрепление в сочетании с повышением государственного финансирования с 3,5% до хотя бы 4,5% ВВП (в западноевропейских странах — 6—9%) может стать реальным основанием для перемещения приоритетов в сторону ВТП.

Решения по этому вопросу целесообразно принимать на основе серьезной экспертизы, с привлечением общественности и представителей массовой медицины, а не только врачебной элиты, заинтересованной в развитии высокоспециализированной помощи.

2. Соотношение между затратами на строительство учреждений и текущими затратами на оказание высокотехнологичной

¹ В 2008 г. были практически прекращены закупки диагностического оборудования амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальных образований и автомобилей скорой медицинской помощи, уменьшены расходы на иммунизацию населения. В итоге доля финансирования мероприятий в рамках приоритета «Развитие первичной медицинской помощи» резко уменьшилась — с 48,0% до 34,9%. Зато в 2008 г. 6,5% бюджета проекта составили затраты на развитие новых высоких медицинских технологий, которые в предыдущие годы в национальный проект не включались, а финансировались по другим статьям федерального бюджета. Возросли расходы и на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, их доля увеличилась с 12,5 до 20,2%. В целом, с учетом новых мероприятий, в структуре национального проекта заметно выросла доля расходов на развитие стационарной помощи — с 33,2 до 42,8%.

помощи. За 2006—2008 гг. на строительство 14 центров высоких технологий было потрачено 41,4 млрд руб., а на оказание ВТП — 51,3 млрд, т.е. почти 45% средств по этому направлению потрачено на наращивание новых мощностей. Между тем в стране сложилась разветвленная сеть федеральных и региональных учреждений, которые способны существенно расширить объемы ВТП при условии дополнительного финансирования. Высока потребность в техническом переоснащении действующих учреждений и существенном повышении уровня оплаты труда персонала. В этой ситуации требовалось серьезное обоснование соотношения крупных инвестиционных и текущих расходов, что предполагает определение дополнительных объемов медицинской помощи действующих учреждений при условии их необходимого финансового и ресурсного обеспечения. Необходимо было заранее оценить возможности привлечения достаточного числа квалифицированных кадров для работы в этих центрах. Такое обоснование, насколько нам известно, не проводилось.

Можно с уверенностью утверждать, что проведение подобной оценки позволило бы обосновать сокращение числа строящихся центров и перераспределение ресурсов в пользу действующих учреждений, даже с учетом стратегической перспективы развития высокотехнологичной медицинской помощи.

3. *Соотношение между вложениями в человеческий капитал и материальную базу.* На переобучение 7570 врачей первичного звена (участковых врачей, участковых педиатров, врачей общей практики) в 2007 г. было потрачено 300 млн руб. или 40 тыс. руб. на одного врача. В 2008 г. было обучено еще 11 тыс. врачей. Несомненно, прогресс очевиден. Но всего в стране работают примерно 70 тыс. участковых врачей, и основная их часть нуждается в переобучении, причем со значительно большей интенсивностью и более высокими затратами, чем сейчас. По данным Росздравнадзора, 15% медработников не повышали свою квалификацию в течение последних пяти лет, а для врачей первичного звена этот показатель существенно выше². Участковые врачи недостаточно обучены со-

² Никонов Е.Л. Интервью «Газете» 10.10.2008. Режим доступа: www.socpolitika.ru/rus/social_policy_monitoring/comments/document8757.

временным медицинским технологиям, и как следствие этого нарастает недоверие к ним, усиливается стремление больных получить даже простую помощь в стационарах. По данным страховой компании «Росно-МС», 35% плановых госпитализаций городского населения проводятся без лечения в поликлинике в предшествующие 3 месяца³.

Необходимо преодолеть сложившийся у нас стереотип, что низкое качество медицинской помощи определяется исключительно нехваткой лечебно-диагностического оборудования. Вложения в человека способны дать не меньший эффект, и это надо учитывать при формировании программ развития здравоохранения. Необходимо охватить программами переобучения практически всех врачей первичного звена, а затраты на переобучение одного врача должны быть увеличены на порядок и даже более. Кроме того, важно взять курс на освоение участковыми врачами части функций узких специалистов с последующей аттестацией на оказание соответствующих видов помощи, т.е. ускорить процесс массового перехода к модели врача общей практики.

4. *Недостаточные усилия по повышению мотивации работников здравоохранения.* На дополнительные выплаты врачам и медицинским сестрам первичного звена в 2006 г. было потрачено 14,6 млрд руб., а в 2008 г. — уже 19,5 млрд. Эти вложения позволили решить некоторые тактические задачи, но при этом практически ничего не было сделано для решения стратегической задачи формирования качественно нового врача первичного звена, заинтересованного в проведении профилактики заболеваний, освоении части функций узких специалистов, организации и координации медицинской помощи на других этапах ее оказания, а самое главное — в повышении ответственности за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения. При отсутствии мотивационных механизмов эффект от введения дополнительных выплаты неизбежно будет затухающим.

Для повышения аллокационной эффективности вложений в будущие программы развития здравоохранения необходимо

³ Как нам обустроить первичную медико-санитарную помощь в России?: стеногр. семинара в ГУ ВШЭ 25 ноября 2005 г. М.: ГУ ВШЭ, 2005. С. 13.

проведение оценок сравнительной эффективности отдельных направлений и мероприятий с точки зрения ожидаемого прироста показателей здоровья в расчете на рубль затраченных средств. Речь идет не только о контрольных показателях улучшения здоровья (они устанавливаются Минздравсоцразвития России), но и о *сравнении ожидаемых результатов* реализации отдельных направлений и мероприятий для обеспечения их оптимального сочетания (включая возможные альтернативные варианты). В зарубежной практике такие оценки уже давно стали неотъемлемым элементом формирования приоритетов в крупных проектах по здравоохранению. Например, в Великобритании обязательным условием инвестиций в здравоохранение стоимостью свыше 25 млн. ф. ст. является проведение экономического обоснования возможных альтернатив, причем этот порог постоянно снижается.

Отсутствие серьезных обоснований и широкого обсуждения возможных альтернатив, проявившееся в ходе реализации национального проекта, к сожалению, закладывается и в новые направления проекта. В 2009 г. правительство приняло решение о продолжении реализации национального проекта на период до 2012 г. С 2009 г. в проект дополнительно включены мероприятия по совершенствованию медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими заболеваниями и пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Между тем планируемые затраты по этим направлениям в расчете на единицу результирующего показателя существенно различаются. Сравнение ожидаемых результатов и затрат (см. табл. 2) свидетельствует о целесообразности существенного перераспределения средств в пользу медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Этот несложный расчет иллюстрирует необходимость не только медико-организационных, но и экономических обоснований альтернативных стратегий развития отрасли. Недостаток таких обоснований в ходе подготовки национального проекта должен быть преодолен на следующих этапах реализации крупномасштабных проектов. Требуется междисциплинарный подход к таким обоснованиям — с участием организаторов здравоохранения,

Таблица 2. Затраты на мероприятия Программы реализации национального проекта «Здоровье» 2009—2012 гг.*

Направления	Общие затраты*, млрд руб.	Ожидаемое сокращение числа умерших, тыс. человек	Относительные затраты, тыс. руб.
Медицинская помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями	15,8	462	34
Медицинская помощь пострадавшим при ДТП	14,1	34	415
Онкологическая помощь	34,7	183	190

* По данным проекта Государственной программы, подготовленного Минздравсоцразвития России в сентябре 2008 г.

эпидемиологов и экономистов. Результаты обоснований должны стать основой для широкого обсуждения приоритетов.

1.3. Реализация мероприятий проекта

Дополнительные денежные выплаты работникам ПМСП. Национальный проект включает осуществление дополнительных денежных выплат врачам первичного звена (участковым терапевтам, педиатрам, врачам общей практики) и работающим с ними медсестрам в размере 10 тыс. и 5 тыс. руб. в месяц соответственно, а также медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи: 5 тыс. руб. в месяц — врачам, 3,5 тыс. руб. в месяц — фельдшерам (акушеркам) и 2,5 тыс. руб. в месяц — медицинским сестрам.

Размеры выплат и условия их получения оказались никак не связанными с качеством работы. На федеральном уровне не было ни требований разработкой регионами показателей деятельности первичного звена, ни увязок дополнительных выплат с достижением этих показателей. Правда, условием получения этих допол-

нительных выплат стало принятие на себя всеми их получателями обязательств по увеличению объемов выполняемой ими работы. Денежные выплаты осуществляются на основе дополнительных соглашений к трудовым договорам, которые включают перечень видов и объемы выполняемых дополнительно работ (проведение диспансеризации, осуществление назначения и выписки лекарственных препаратов льготникам, проведение иммунизации прикрепленного населения и т.п.). Однако на практике заключение дополнительных соглашений проходило формально. Фактически дополнительные выплаты вследствие их фиксированного и одинакового размера оказались не связанными с фактическими объемами и результативностью работы врачей. И даже в тех регионах, где уже существовала практика систематической оценки результатов деятельности врачей (например, в Кемеровской, Московской областях), она не была основанием для дополнительных выплат по проекту. По опубликованным данным Росздравнадзора, ни один медицинский работник первичного звена в 2006—2007 гг. не был лишен дополнительных выплат за недобросовестное отношение к выполнению своих обязанностей⁴.

Можно выделить следующие реальные результаты повышения оплаты труда врачам и медицинским сестрам, оказывающим первичную медицинскую помощь, осуществленного в рамках национального проекта:

- рост привлекательности рабочих мест участковых терапевтов и педиатров, частичное занятие вакантных мест; только в 2006 г. число участковых врачей в поликлиниках увеличилось на 6,5 тыс. человек, а медицинских сестер — на 7,5 тыс. человек⁵; участковая служба перестала испытывать острый дефицит кадров;
- повышение объемов работы врачей первичного звена по диспансеризации, иммунизации и по программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО);

⁴ Юргель Н.В., Никонов Е.Л. Мониторинг реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2007. № 2. С. 3—7.

⁵ Виноградов К.А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги // Менеджер здравоохранения. 2007. № 3. С. 4—11.

- неоднозначное влияние на качество работы участковых терапевтов и педиатров:

с одной стороны, за счет высвобождения части рабочего времени (только за один 2006 г. коэффициент совместительства снизился с 1,6 до 1,3, а в 2008 г. — до 1,12)⁶, снижения необходимости подрабатывать и, следовательно, меньшей усталости у врачей появилась возможность уделять больше внимания больным,

с другой стороны, реализация программы ДЛО и большой объем отчетности по мероприятиям национального проекта значительно увеличили «бумажную загрузку» медицинского персонала (по отдельным свидетельствам, до трети рабочего времени участковых врачей теперь занимает заполнение рецептов и отчетных форм) и, наоборот, сократили время, уделяемое ими другим категориям пациентов;

- негативное влияние на трудовую мотивацию других категорий врачей, не получивших подобных доплат и считающих изменившееся соотношение оплаты своего труда и труда участковых врачей несправедливым.

Проблемы нехватки кадров для работы в первичной звене указанным повышением оплаты их труда полностью решены не были. Вопреки ожиданиям, не все вакансии оказались заполненными. Подъем зарплаты оказался недостаточным для повышения привлекательности работы в малых городах и сельской местности. По данным Росздравнадзора⁷, в 2006—2007 гг. было закрыто более 1,5 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов (сокращение на 3,6%) из-за отсутствия медицинских работников и несоответствия этих пунктов лицензионным требованиям. В конце 2007 г. в 45 участковых больницах и 94 амбулаториях не было ни одного врача⁸.

Повышение привлекательности работы участкового врача не решила проблемы кардинального обновления состава этих врачей.

⁶ Виноградов К.А. Указ. соч. С. 4—11; Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2008 г. и о планах на 2009 г. М.: Минздравсоцразвития России, 2009. С. 12.

⁷ Юргель Н.В., Никонов Е.Л. Указ. соч. С. 3—7.

⁸ Как нам обустроить первичную медико-санитарную помощь в России?..

Согласно Федеральному регистру врачей, врачи-пенсионеры среди участковых педиатров в 2007 г. составляли 11%, среди участковых терапевтов — 23%⁹.

Численность прикрепленного населения к врачебному участку не соответствует установленному нормативу (1500—1800 человек): 26% участков имеют контингент обслуживаемых свыше 3000 человек. Даже в Москве на каждом третьем участке численность прикрепленного населения превышает 3,5 тыс. человек¹⁰.

Происшедшие в 2008 г. изменения в национальном проекте практически не затронули его институциональную составляющую. В прежних размерах сохранены доплаты работникам первичного звена, которые выплачиваются всем на одинаковых условиях и не создают стимулов к росту качества работы. Нужно отметить, что правительство извлекло уроки из итогов такого селективного повышения оплаты труда лишь определенным категориям медицинских работников. В последующем подобные действия уже не предпринимались. Вместо этого было принято решение о введении в 2008 г. новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений, которые дают возможность адекватно связать размеры оплаты труда с его результатами. Эти системы предполагалось вводить с декабря 2008 г. с повышением фонда оплаты труда на 30%. Правительство рекомендовало субъектам РФ осуществить аналогичные действия. Но начавшийся кризис ставит под сомнение возможность последовать этим рекомендациям.

Техническое переоснащение учреждений ПМСП. В рамках национального проекта в 2006—2007 гг. в 10 тыс. лечебно-профилактических учреждений первичного звена было поставлено более 42 тыс. единиц рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, эндоскопического и электрокардиографического оборудования. По оценкам Минздравсоцразвития России¹¹, это

⁹ Там же.

¹⁰ Там же.

¹¹ О предварительных итогах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006—2007 гг., мероприятиях и параметрах проекта и демографической политики в 2008 г., а также направлениях работы на долгосрочную перспективу: докл. министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой на президиуме Совета по приоритетным нацио-

позволило сократить среднее время ожидания диагностических обследований с 10 до 7 дней. В службы скорой помощи за два года поставлено 13,2 тыс. ед. санитарного автотранспорта. Санитарный автопарк обновлен на 70%, что уменьшило среднее время ожидания скорой помощи с 35 до 25 минут¹².

Эти меры, несомненно, улучшили материально-техническое оснащение первичного звена системы здравоохранения и способствовали повышению доступности первичной, специализированной амбулаторной и скорой медицинской помощи для населения. Однако избежать неэффективного расходования части средств не удалось. Можно выделить две главные проблемы.

Недостаточное обоснование закупок оборудования. Потребность учреждений здравоохранения слабо увязывалась со стандартами оказания медицинской помощи, прежде всего в силу их отсутствия для большинства видов амбулаторно-поликлинической помощи. Не всегда учитывались требования табеля оснащения и наличие необходимых специалистов для установки оборудования.

Слабая увязка закупок с возможностями приобретения расходных материалов с эксплуатацией оборудования. Средства на это не были предусмотрены ни в самом национальном проекте, ни в расходах на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования. Финансирование этих расходов было поставлено в зависимость от возможностей местных бюджетов. В результате имели место многочисленные случаи, когда новое оборудование прекращало работу после израсходования прилагающихся к нему первоначальных комплектов расходных материалов. По данным Росздравнадзора¹³, к концу 2007 г. простаивало более 3,2 тыс. единиц техники и оборудования (5,8% общего числа), поставленных в 2006—2007 гг. на общую сумму 1,5 млрд руб. (4% величины расходов национального проекта на эти цели).

С учетом этого негативного опыта целесообразно планировать затраты на расходные материалы, ремонт и эксплуатацию обо-

нальным проектам и демографической политике 25 декабря 2007 г. Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/1/Zdorov_2006_2007-25_12_2007.ppt.

¹² Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2008 г. и о планах на 2009 г. С. 12.

¹³ Юргель Н.В., Никонов Е.Л. Указ. соч. С. 3—7.

дования в рамках территориальных программ ОМС, увязывая их с затратами на приобретение оборудования. Комплексный подход к закупкам может стать важным фактором повышения эффективности использования оборудования.

Диспансеризация. В рамках проекта дополнительную диспансеризацию и углубленные медицинские осмотры прошли 15,9 млн работников бюджетной сферы и 10,6 млн человек занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами. Но результаты этого компонента национального проекта неоднозначны. Оплата диспансеризации одного человека была предусмотрена в размере 974 руб. (2008 г.), что не возмещает расходы ЛПУ в полном объеме. Для проведения диспансеризации с приемов отвлекались врачи, что увеличивало очереди других категорий на прием к специалистам и снизило для них доступность специализированной амбулаторно-поликлинической помощи. Диспансеризация не везде проводилась в полном объеме из-за отсутствия необходимых специалистов в муниципальных ЛПУ: по данным Россздравнадзора¹⁴, более чем в 20% случаев диспансеризация оказалась незаконченной. Последующее более углубленное обследование и лечение пациентов с выявленными во время диспансеризации патологиями затруднялось нежеланием пациентов идти в поликлинику из-за очередей на прием к врачам.

Программа «Родовой сертификат». Средства этой программы предназначались для дополнительного финансирования медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности и во время родов. В качестве механизма оплаты использовались родовые сертификаты. С 2007 г. к этой программе подключились детские поликлиники. Выдача родовых сертификатов 2,6 млн женщин позволила улучшить обеспечение учреждений родовспоможения расходными материалами и лекарственными средствами, повысить зарплату медицинским работникам родильных домов — у врача в среднем на 5—6 тыс. руб., у среднего медперсонала — на 3—4 тыс. руб., у младшего — на 500—600 руб. Механизм родовых сертификатов открыл возможность выбора женщинами медицин-

¹⁴ Там же.

ских учреждений и стимулировал появление конкуренции между соответствующими видами учреждений, особенно в крупных городах.

К концу 2008 г. до 78,6% увеличилось число женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки. Показатель материнской смертности за 2005—2008 гг. снизился на 13%, перинатальной смертности — на 10,8%. Дополнительные средства, которые из федерального бюджета получили женские консультации, родильные дома, детские поликлиники, стали фактором, позитивно влияющим на материнскую и младенческую смертность¹⁵. Впрочем, нужно отметить, что тенденция снижения этих показателей наблюдается в России с 1994 г.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Число пациентов, которым такого рода помощь была предоставлена за счет средств федерального бюджета, увеличилось с 60 тыс. в 2005 г. до 213 тыс. в 2008 г. Если в 2006 г. эти средства получали только федеральные медицинские учреждения, то с 2007 г. в оказании такой помощи участвовали медицинские учреждения субъектов Российской Федерации. По плану Минздравсоцразвития России¹⁶, обеспеченность населения высокотехнологичной помощью в 2008 г. должна была составить не менее 45% (данные о реальном исполнении отсутствуют). Нужно, однако, отметить, что финансирование такой помощи из федерального бюджета лишь формально означает право соответствующих пациентов на бесплатное лечение. Имеются свидетельства того, что пациенты, получившие направление в федеральные клиники на лечение за счет средств проекта, вынуждены были нести дополнительные расходы.

В рамках национального проекта предусматривалось строительство 14 центров высоких медицинских технологий. Для их сооружения был выбран модульный принцип — за рубежом закупаются модульные блоки, из которых затем монтируются здания центров. Несмотря на такую технологию, к 2008 г. в эксплуатацию был введен лишь один из 14 новых центров — Федеральный центр

¹⁵ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2008 г. и о планах на 2009 г. С. 13.

¹⁶ Там же.

сердечно-сосудистой хирургии в Пензе. Как и ожидалось, новый центр столкнулся с кадровой проблемой; привлечение на работу в него профессионалов потребовало больших дополнительных затрат. Еще два центра, о завершении строительства которых отчитались еще в 2007 г., Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах и Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Астрахани, не были введены в эксплуатацию в течение 2008 г. В трех городах велся монтаж модульных блоков, в шести городах — строительство фундаментов, а в двух — лишь подготовительные работы, и до начала строительства дело пока не дошло. На сооружение новых центров было истратчено в 3 раза меньше средств, чем в 2007 г. Этот «долгострой» подтверждает справедливость высказывавшейся с самого начала многими специалистами критической оценки целесообразности масштабных затрат на строительство новых медицинских центров на периферии вместо расширения мощностей существующих федеральных и региональных клиник оказания высокоспециализированной помощи и увеличения размеров государственного заказа на их услуги.

Итоги выполнения национального проекта свидетельствуют о его несомненном вкладе в улучшение ресурсного обеспечения системы здравоохранения. Но проект не в состоянии обеспечить существенного продвижения в решении коренных проблем российского здравоохранения. Массовое замещение бесплатной помощи платной, декларативность и неконкретность гарантий бесплатной медицинской помощи, низкая эффективность выбранной модели обязательного медицинского страхования, плохая защита населения от рисков затрат на лечение, неравенство в доступности медицинской помощи между различными социальными и территориальными группами, низкая структурная эффективность системы оказания медицинской помощи, слабая мотивация персонала — решение этих и других проблем невозможно без масштабных преобразований в организации, управлении и финансировании здравоохранения. Национальный проект расчистил дорогу для этих преобразований, но реально они так и не начались.

2. Возможности и ограничения федеральных проектов

Уроки национального проекта ставят вопрос о роли и месте федеральных проектов в решении назревших проблем российского здравоохранения. Что можно ожидать от этих проектов в их нынешнем понимании?

Совершенно очевидно, что сам по себе проектный поход вполне оправдан. Он позволяет сконцентрировать ресурсы на решении наиболее болезненных проблем отрасли, обеспечить прогресс в отдельных медицинских службах. Выделение приоритетных направлений и мероприятий особенно важно в ситуации нехватки средств.

Однако если ограничиться только вливанием денег из федерального бюджета даже в самые приоритетные сферы здравоохранения и не провести системные реформы, то завтра понадобятся дополнительные средства, чтобы снова «затыкать дыры» — теперь уже другие. Отсутствие необходимой мотивации работников, вопиющие диспропорции в системе оказания медицинской помощи, о которых мы писали ранее¹, нерешенность проблемы конкретизации государственных гарантий и многие другие институциональные ограничители могут привести к тому, что дополнительные средства на решение отдельных проблем будут «проедены» неэффективной системой без видимого улучшения доступности и качества медицинской помощи. Стратегия «деньги без реформ», лежащая в основе нынешних федеральных проектов решения отдельных проблем, неизбежно снижает результативность проектного подхода.

Каждая из уже реализованных и планируемых программ разрабатывалась компетентными специалистами. Они охватывают прежде всего медико-технологические мероприятия. Вопросы организации медицинской помощи, управления и финансирования системы в целом остались на втором плане. Поэтому возникают серьезные сомнения по поводу их реализуемости и ощутимой

¹ Российское здравоохранение: как выйти из кризиса.

пользы для граждан. Возьмем, например, предлагаемые в новых программах меры по предотвращению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и их раннему выявлению. Эти очень разумные меры крайне сложно реализовать с высокой эффективностью в силу трех причин. Первая — низкий уровень квалификации врачей первичного звена. Сделанные вложения в их переобучение пока ничтожны, чтобы решить эту проблему. Врачи общей практики, с которыми многие связывают усиление профилактической направленности медицины и расширение функций первичного звена, все еще остаются на периферии системы первичной медико-санитарной помощи. Обеспеченность населения такими врачами составляет всего 0,54 на 10 тыс. населения против 8 тыс. в странах ЕС². Практически все страны Восточной Европы и СНГ сделали крупные вложения в переобучение участковых врачей и за 10—12 лет преобразовали их во врачей общей практики, способных выполнять более широкие задачи. И только мы до сих пор очень медленно двигаемся по этому пути, добавляя в среднем регионе ежегодно по 15—20 подготовленных врачей общей практики.

Вторая причина — отсутствие мотивации врачей первичного звена к выполнению тех задач, которые ставятся программами национального проекта. Например, предупреждение острых сердечно-сосудистых заболеваний с акцентом на наблюдение за больными гипертонической болезнью сдерживается нежеланием участковых врачей этим заниматься. Их уровень оплаты труда никак не изменится, если они будут выявлять таких больных и активно ими заниматься. Уместно заметить, что в Великобритании начиная с 2004 г. действует многокритериальная система оплаты врача общей практики, делающая акцент на работу с «хрониками». Врач обязан знать всех больных гипертонией на своем участке, до него доводятся целевые показатели частоты измерения артериального давления и доли больных с приемлемым давлением после проведения клинических мероприятий; каждый процент приближения к установленным показателям сулит врачу прибавку к

² *Boerma W.G.W., Dubois K.-A. Mapping Primary Care across Europe // Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care / R.B. Saltman et al. (eds.). Berkshire: Open University Press, 2006. P. 22—49.*

оплате труда³. Аналогичные программы стимулирования борьбы с гипертонией и другими хроническими заболеваниями приняты в ряде постсоветских стран (например, в Эстонии, Киргизии), их реализация позволила существенно снять нагрузку с больниц и снизить частоту обострений в группах рисков⁴.

Третья причина — фрагментарность оказания медицинской помощи. Единая технологическая система распадается на отдельные фрагменты: больной может получить качественное лечение в стационаре, но усилия больничных врачей часто обесцениваются недостаточным уровнем восстановительной помощи, отсутствием необходимой преемственности в работе стационара и поликлиники. Никто конкретно не несет ответственности за постоянное наблюдение за больным. Более того, участковый врач чаще всего ничего не знает о случае госпитализации — информация об этом до него просто не доходит.

В этой ситуации можно строить красивые замки эффективных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но велика вероятность того, что они останутся на бумаге. Система оказания медицинской помощи настолько разбалансирована, а медики так слабо мотивированы, что добиться планируемых результатов будет крайне сложно. Помимо вертикальных программ по видам заболеваний, нужны горизонтальные программы совершенствования организации медицинской помощи с акцентом на переобучение врачей первичного звена, повышение интенсивности деятельности стационаров, интеграцию усилий отдельных звеньев при оказании медицинской помощи. Необходимость таких программ уже неоднократно обсуждалась, и в 2004 г. Минздрав России даже подготовил проект программы повышения структурной эффективности здравоохранения и несколько методических рекомендаций по реструктуризации, однако они так и не были официально утверждены.

³ *Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom // New England Journal of Medicine. 2004. September 30.*

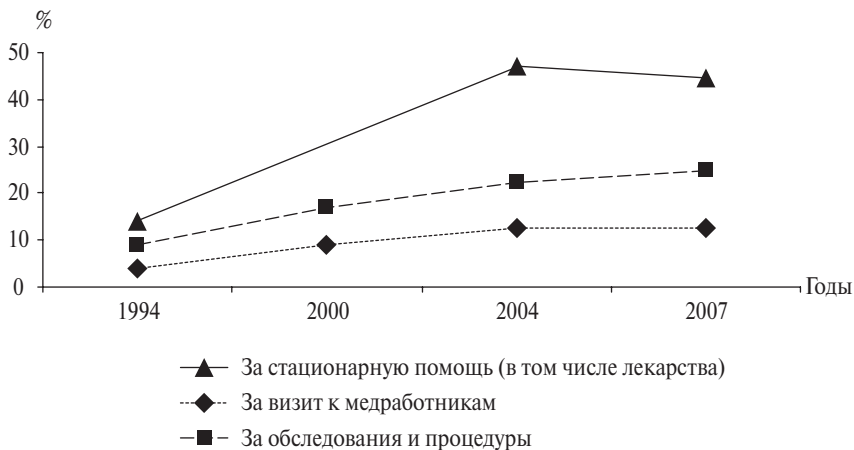
⁴ *Атун Р. Решение сложных проблем в здравоохранении России: Повышение роли первичной медико-санитарной помощи: выступление на 4-й научной ежегодной конференции НИСП «Социальная политика: вызовы XXI века». 8 декабря 2005 г. Режим доступа: www.socpol.ru/news/conf2005dec/atun_rus.ppt.*

Не меньше тормозит реализацию программ и проблема финансовой доступности медицинской помощи для населения. Разумеется, мероприятия новых программ укрепят материально-техническую базу учреждений в части выделенных приоритетных направлений. Появятся новые эффективные медицинские технологии. Но может ли рядовой гражданин быть уверен в том, что эти технологии ему по карману? Вопрос риторический. За три года реализации национального проекта, несмотря на большие вложения государства, видимых улучшений в финансовой доступности услуг не произошло. Процесс нарастания платности медицинской помощи продолжается. Государственные расходы растут, но и расходы населения растут тоже (см. рис. 1). Вплоть до 2005 г. бесплатная помощь интенсивно замещалась платной: росла доля пациентов, платящих за лечение в медицинских учреждениях, и лишь в последние годы этот процесс несколько замедлился (см. рис. 2). Но риск возобновления этого замещения усиливается в условиях эко-



Источник: расчеты по данным Росстата.

Рис. 1. Государственные и частные расходы на здравоохранение в ценах 1994 г., млрд руб.



Источник: рассчитано Е.В. Селезневой по данным РМЭЗ, 5 (1994), 9 (2000), 13 (2004), 16 (2007) раундов.

Рис. 2. Доля пациентов, плативших за различные виды медицинской помощи в 1994—2007 гг.

номического кризиса. В ситуации декларативности и неконкретности государственных гарантий с этим крайне сложно бороться.

Федеральные проекты совершенно обходят проблему финансовой доступности медицинской помощи. В результате велика вероятность того, что по телевизору будут показывать хорошо оснащенные учреждения и новые технологии лечения, но они останутся недоступными для значительной части населения. Чтобы решить эту проблему, проектный подход должен быть синхронизирован с реформированием системы государственных гарантий — они должны быть конкретными и финансово обеспеченными. Кроме того, государство должно предложить людям солидарные и максимально доступные формы финансирования услуг и лекарственных средств за счет собственных средств — субсидируемые программы добровольного медицинского страхования (ДМС), лекарственное страхование при условии частичной оплаты лекарств самим пациентом, дополнительные программы государственного и муниципального медицинского страхования с правом человека присоеди-

ниться к ним со своим взносом и проч. Без этого даже средний класс окажется незащищенным от больших расходов на медицинскую помощь, не говоря уж о бедных слоях населения.

Следует также учитывать, что в основе вертикальных проектов лежит принцип обеспечения некоего социального минимума для всех регионов страны, который на практике реализуется как уравнительный подход: все регионы, независимо от их финансовых возможностей и уже накопленного потенциала здравоохранения, получают примерно одинаковые ресурсы в расчете на одного жителя. Между тем региональные различия в финансовом обеспечении здравоохранения очень велики: разрыв между самыми бедными и самыми богатыми регионами по уровню государственного финансирования здравоохранения на душу населения составляет 10—12 раз (с учетом объективно обусловленных различий в зарплате медицинских работников и расходов на коммунальные услуги — 4—5 раз)⁵. Нужны федеральные программы выравнивания финансового обеспечения здравоохранения регионов — постепенного подтягивания бедных регионов к богатым. Для этого требуются соответствующие федеральные программы.

Целесообразно перегруппировать федеральные ресурсы — увеличить долю средств, идущих на региональное выравнивание, пожертвовав некоторыми направлениями и мероприятиями федеральных программ. Кроме того, федеральные программы должны предусматривать более существенную дифференциацию финансового обеспечения по регионам в рамках отдельных мероприятий программ.

Имеет значение и известная негибкость программ, прежде всего в силу высокой степени централизации управления, включая закупки. Упомянутое выше недостаточное обоснование заявок на приобретение медицинской техники — это не просто ошибки конкретных чиновников. Это имманентно присущая централизованным проектам характеристика. Все предусмотреть невозможно, нужна большая гибкость в использовании средств в регионах, бо-

⁵ Российское здравоохранение: Мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый ин-т социальной политики, 2008. С. 58.

лее оперативная поставка материальных ресурсов в медицинские учреждения. Необходимо в реализации этих программ смещать акценты в сторону повышения роли региональных органов управления здравоохранением.

Нельзя не учитывать и то обстоятельство, что крупномасштабные централизованные проекты требуют концентрации внимания чиновников на решении текущих вопросов закупок, поставок и проч. Вопросы системных реформ неизбежно отступают на второй план. Да и сама возможность контролировать сверху движение огромных ресурсов значительно более привлекательна, чем перспектива разработки новых законов, нормативных актов, их согласования и т.п.

Вывод: федеральные проекты могут дать эффект, адекватный вложенным средствам, только в тесной увязке с системными преобразованиями в российском здравоохранении. Часть мероприятий этих проектов могут быть переведены на региональный уровень при обязательном условии соответствия политике выравнивания финансирования здравоохранения субъектов РФ.

3. Направления развития здравоохранения: проект концепции Минздравсоцразвития России

В год президентских выборов резко усилилась активность федеральных органов власти по разработке задач государственной политики в сфере здравоохранения. В феврале 2008 г. в Минздравсоцразвития России была создана большая комиссия по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 г. Для обсуждения проекта был создан специализированный интернет-сайт <http://www.zdravo2020.ru/>, и каждый желающий получил возможность внести свои предложения в проект будущей концепции. В декабре 2008 г. был обнародован проект «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» (далее — Концепция), подготовленный Минздравсоцразвития России¹. Этот документ синтезирует позиции различных групп медицинского и экспертного сообщества, выявившиеся в ходе широкого общественного обсуждения в течение прошлого года.

Можно выделить следующие наиболее важные достоинства данной Концепции:

- дается развернутый и объективный анализ ситуации в сфере охраны здоровья;
- четко обозначен приоритет мероприятий по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактики;
- впервые в практике подготовки подобных документов в явной форме ставится задача конкретизации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и предлагаются механизмы решения этой задачи;
- предлагаются нововведения в организации медицинской помощи, направленные на перемещение части медицинской помощи на амбулаторный этап, оптимизацию мощности стационаров и повышение интенсивности их работы,

¹ См.: <http://www.zdravo2020.ru/concept>.

формирование рациональной структуры медицинских организаций;

- предусматривается повышение роли медицинского сообщества в регулировании системы здравоохранения, расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения на основе преобразования их части в новые организационно-правовые формы;
- ставится задача формирования системы персональных допусков врачей к оказанию конкретных медицинских услуг в зависимости от уровня их сложности;
- представлены развернутые предложения в отношении модернизации системы ОМС, в частности по переходу на страховой принцип формирования средств, завершению создания одноканальной системы финансирования, расширению функций страховых медицинских организаций, введению новых методов оплаты медицинской помощи и проч.;
- поставлены новые задачи кадровой политики, в частности задача формирования новой структуры кадров, постоянного повышения профессионального уровня работников отрасли;
- дается обоснование информатизации здравоохранения и предлагаются конкретные механизмы этого процесса.

Тем не менее целый ряд вопросов требует дополнительных обсуждений, а многие положения Концепции — существенных уточнений и изменений. Ниже следуют наши замечания, касающиеся как положений Концепции, так и вопросов, не получивших в ней отражения.

1. Прежде всего вызывает большие сомнения реалистичность предлагаемых целевых показателей здоровья. В Концепции в качестве целей развития здравоохранения до 2020 г. устанавливается достижение к этому году численности населения 145 млн человек и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет (в 2007 г. фактические значения этих показателей составили 142 млн человек и 67,5 лет). Между тем в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, установле-

ны несколько иные целевые показатели: численность населения в 2020 г. — 140 млн человек, а повышение средней продолжительности жизни до 75 лет предполагается лишь в 2025 г. Представляется, однако, что и те, и другие цифры являются неоправданно оптимистичными.

2. В Концепции анализ уровня обеспечения государственных гарантий сведен к анализу выполнения Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению (приводится много цифр по ее финансовому обеспечению, размеру дефицита, региональной дифференциации финансирования и проч.). Однако эта программа — не более чем плановый инструмент. Главными в проблематике обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи являются нарастание платности медицинских услуг и снижение доступности бесплатной медицинской помощи для населения, декларативность и неконкретность сложившихся гарантий. Именно это и обуславливает необходимость конкретизации гарантий. И граждане, и государство должны более отчетливо представлять, что именно в медицинском обслуживании обеспечивается за счет государства бесплатно для граждан.

Задача конкретизации государственных гарантий справедливо поставлена в Концепции на первое место. Предлагаемый способ ее решения — через разработку и утверждение медико-экономических стандартов лечения при заболеваниях представляется правильным. Но следовало бы более четко сформулировать позицию по отношению к проблеме высокой стоимости уже имеющихся стандартов (в 3—4 раза превышающей существующие затраты на лечение соответствующих заболеваний), остро проявившейся в ходе пилотного эксперимента, проведенного в сфере здравоохранения в 2007—2008 гг. В Концепции следовало бы указать, что разработка медико-экономических стандартов, с одной стороны, должна учитывать реальные возможности увеличения государственного финансирования здравоохранения, а с другой — служить основой для обоснования размеров этого финансирования и распределения ресурсов. Чтобы разрешить это противоречие, необходимо установить приоритеты в использовании стандартов в качестве основы для обеспечения гарантий оказания бесплатной помощи. То есть надо выделить круг заболеваний, наносящий наибольший ущерб

здоровью общества (возможно, не только самых распространенных), по ним разработать стандарты и экономически обоснованные тарифы, обеспечить необходимые финансовые ресурсы по указанному перечню, в этой части деятельности ЛПУ существенно ограничить оказание платных услуг, наладить мониторинг реального выполнения гарантий, установить санкции к ЛПУ за нарушения запрета на оказание платных услуг и взимание неформальных платежей.

3. В документе предлагается включить в программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи обеспечение граждан лекарственными средствами для амбулаторного лечения. Однако без ответа остаются многие возникающие в связи с этим вопросы. Какие категории граждан будут включены в эту систему на разных этапах реализации концепции? Насколько реален всеобщий охват населения этой системой даже в 2020 г. (в западноевропейских странах для этого потребовались десятилетия)? Будет ли это перечень «витальных» лекарств для всего населения или более расширенный перечень для части населения? Нужна отдельная система обязательного лекарственного страхования или она является частью ОМС? Будет ли усиливаться регулирование цен на лекарственные средства? Какие противозатратные механизмы предполагается использовать?

4. Проблемы организации медицинской помощи недостаточно рассматривать по отдельным секторам здравоохранения, как это делается в документе. Ключевой проблемой организации российского здравоохранения на данном этапе является как раз усиливающаяся фрагментация этой системы: слабое взаимодействие отдельных служб в ведении пациента, стремление к созданию замкнутых комплексов оказания всех услуг в рамках каждого муниципального образования (почти нет межрайонных центров специализированной помощи), значительные зоны неэффективного использования ресурсов, возникающие на «стыках» между отдельными секторами. При этом особенно важно подчеркнуть, что нынешний врач первичного звена (участковый врач) не выполняет функции интегратора системы — он практически не занимается организацией и координацией помощи на других этапах, не имеет достаточной информации об обслуживаемом населении, не обес-

печивает преємственность лечения, никак не влияет на объемы стационарной и скорой медицинской помощи.

При оценке деятельности врачей первичного звена уместна значительно более тревожная тональность. Их квалификация, техническое оснащение и мотивация недостаточны для того, чтобы переместить растущие объемы стационарной помощи на амбулаторный этап, а самое главное — недостаточны для повышения доступности квалифицированной помощи. Если авторы Концепции согласны с таким выводом, то неизбежен следующий вывод: требуется приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, а в его составе врача первичного звена на основе его дальнейшего переоснащения и поиска новых моделей организации и финансирования. Это должно стать ключевым стратегическим компонентом при модернизации организации медицинской помощи. Успех всех прочих новаций определяется способностью решить эту задачу.

Справедливости ради следует отметить, что в Концепции подтверждается приоритетность задачи развития этого первичного сектора здравоохранения, но организационно-экономические механизмы ее решения не указываются. Концепция обходит молчанием задачу развития института врача общей практики и причины медленного продвижения в ее решении. Этот термин даже ни разу не упоминается.

Опыт бывших советских республик (Киргизия, Молдавия, Эстония) и ряда регионов РФ (Самарская область, Чувашская Республика) убедительно свидетельствует, что наиболее результативным направлением укрепления ПМСП является переход на модель врача общей практики. На этой основе можно обеспечить расширение функций первичного звена и повышение ответственности за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения. Врач общей практики не только лечит сам (на этом уровне в принципе возможно лечение 80% случаев заболеваний), но и организует и координирует деятельность других звеньев оказания помощи. Они призваны преодолеть сложившуюся фрагментацию медицинской помощи и утвердить принцип одного ответственно-го за состояние здоровья гражданина.

Целесообразно принять федеральную программу развития общей практики, нацеливающую регионы на массовое формирова-

ние этой модели первичной медико-санитарной помощи и предусматривающую необходимое финансовое обеспечение.

Сомнительно предложение о разукрупнении участков до 1,2—1,5 тыс. человек. Мы еще очень далеки от выполнения действующего норматива (1,5—1,8 тыс.), а уже призываем к его снижению, причем без всякого обоснования. Уместно заметить, что в европейских странах прикрепление в 2 тыс. человек считается совершенно нормальным. Но там действуют другие врачи первичного звена — с другой квалификацией и другой мотивацией. К тому же не подсчитано, сколько понадобится дополнительно участковых врачей, чтобы выйти на новые нормативы. Есть все основания считать, что при таких нормативах миллионы граждан России окажутся вообще без участкового врача.

Нам представляется, что снижение размера участка ничего кардинально не решит. Акцент в реформировании ПМСП должен быть совершенно иным. Необходимо выращивать другого врача первичного звена, в частности:

- менять работу участковой службы, приближая ее к модели врача общей практики. Целесообразно разработать 2—3-летние программы переобучения участковых врачей без отрыва от работы, сделав акцент на постепенное освоение ими функций узких специалистов;
- проводить аттестацию участкового врача за каждый этап освоения им функций узких специалистов в объеме, установленном нормативными актами, и предоставлять им право оказывать соответствующие услуги. При этом установить несколько категорий врача первичного звена — в зависимости от числа пройденных учебных модулей и круга освоенных функций;
- установить доплаты врачам, выполняющим расширенный круг функций, т.е. платить им за приближение к модели врача общей практики;
- вызревающий в новой среде врач общей практики может быть «взрослым» и «детским». Постепенно их деятельность будет сближаться с растущим акцентом на обслуживание семьи в целом;
- в оплате труда этих врачей сделать акцент на показатели их деятельности и ее результатов.

5. Концепция предлагает нововведения в организации медицинской помощи: включение в технологическую цепочку оказания медицинской помощи «парагоспитальных» служб, что, как ожидается, приведет к более конкурентным отношениям между всеми уровнями единой системы, выявлению и сокращению случаев необоснованного стационарного лечения. Однако организационно-экономические механизмы такой деятельности не обозначены. Будут ли для этого создаваться новые «парагоспитальные» учреждения, которые станут конкурировать с традиционными поликлиниками и стационарами, или планируется формировать такие службы в составе действующих учреждений? Без каких-либо более определенных ответов на эти вопросы нет оснований полагать, что предлагаемое технологическое нововведение приведет к повышению эффективности использования ресурсов системы здравоохранения.

6. Ряд важных проблем системы здравоохранения не нашел адекватного отражения в декларируемых приоритетах государственной политики. Это в первую очередь проблемы значительного неравенства в распределении бремени расходов на здравоохранение между группами с разным уровнем доходов (бедные вынуждены тратить на оплату лечения большую долю своих ресурсов), значительных различий в доступности медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов (жители села и малых городов имеют меньше возможностей получать специализированную амбулаторную помощь), работающих граждан и пенсионеров (вторые имеют сравнительно худшие возможности прохождения обследований, вынуждены дольше ждать госпитализации)².

Целесообразно предусмотреть обязательное ведение в каждой больнице листов ожидания по дорогостоящим видам плановой медицинской помощи и первоочередное оказание помощи социально незащищенным категориям населения, участие страховщиков и органов социальной защиты в контроле за соблюдением этих правил.

² См.: *Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.А. и др. Доступность медицинской помощи для населения России // Российское здравоохранение: Мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый ин-т социальной политики, 2008. С. 14—68.*

Недостаточно отражены и вопросы сглаживания регионального неравенства. Во-первых, нужно поставить цели такого выравнивания и дать их количественное выражение: например, как изменится дифференциация регионов по уровню финансового обеспечения, какой процент экономически слабых регионов будет «подтянут» до среднего уровня. Во-вторых, нужны более обоснованные механизмы выравнивания. Концепция предлагает увеличить ставку взноса на ОМС работающего населения с 3,1 до 5,1% от фонда оплаты труда. Но при этом размеры части, централизованной в Федеральном фонде ОМС, остаются неизменными — 1,1%. Этого недостаточно для решения задачи сглаживания уровня финансового обеспечения медицинской помощи, бесплатное оказание которой гарантируется государствам всем гражданам страны. Предлагаемое решение усилит региональную дифференциацию в возможностях реализации программы государственных гарантий.

Задачи преодоления неравенства в доступности медицинской помощи должны быть поставлены в явной форме. Важно заметить, что Всемирная организация здравоохранения ставит задачу борьбы с неравенством в качестве одной из наиболее приоритетных задач государственной политики охраны здоровья населения³. В большинстве стран Европы осуществляются реальные действия для ее решения.

7. Документ обходит молчанием вопросы организации и оплаты труда в сфере здравоохранения. По-видимому, принятые решения о начале введения в 2008 г. новой отраслевой системы оплаты труда считаются достаточными. С таким подходом трудно согласиться. Реформирование механизмов оплаты труда в здравоохранении не может сводиться к разовым акциям: повышению зарплаты отдельным категориям, что было предусмотрено национальным проектом, и введению новой отраслевой системы оплаты труда. Нужна стратегия действий в этой сфере, рассчитанная на перспективу. В Концепции необходимо, по крайней мере, дать более развернутую характеристику перехода к новой системе оплаты труда в отрасли.

³ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ): докл. о состоянии здравоохранения в Европе. Региональная публикация ВОЗ. Европейская серия № 97. Копенгаген, 2002.

8. В Концепции не нашла отражения установка Президента РФ на расширение возможностей выбора пациентами медицинской организации и врача. Следовало бы четко заявить, что государство последовательно осуществляет политику формирования конкурентной среды деятельности государственных, муниципальных и частных медицинских организаций, включая:

- конкурсный отбор медицинских организаций всех форм собственности для выполнения государственных, муниципальных заказов;
- формирование четких правил деятельности частных медицинских организаций, расширение их участия в системе ОМС с использованием тарифов, отражающих реальные затраты на оказание медицинской помощи;
- автономизацию групп врачей общей практики (свой субсчет, дополнительные права и ответственность) с постепенным их выделением из состава крупных поликлиник;
- создание «бизнес-инкубаторов» для обучения врачей, желающих открыть частную практику, по вопросам экономики и менеджмента;
- облегчение потребительского выбора на основе сбора и распространения информации о результатах деятельности медицинских организаций, составление рейтингов однотипных медицинских организаций по этим показателям;
- проведение периодических кампаний по перерегистрации населения к выбранному врачу первичного звена (участковому врачу и врачу общей практики);
- дальнейшее развитие системы родовых сертификатов, вовлечение в эту систему частных медицинских организаций;
- установление требования предоставления лечащим врачом альтернативных вариантов продолжения лечения при направлении пациента на другой этап оказания медицинской помощи.

9. Концепция содержит достаточно развернутые предложения об изменениях в системе ОМС. В целом предлагаемые направления преобразований представляются вполне оправданными. Вместе с тем следовало бы четче сформулировать, что аккумуляция средств в системе ОМС позволит осуществить переход к

системе единого плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет государства. На этой основе можно обеспечить единство финансового планирования бюджетных средств и средств ОМС, создать рациональную систему экономических стимулов для медицинских учреждений, нацеленных на вывод из системы излишних мощностей и оптимизацию объемов медицинской помощи.

Для обеспечения мотивации страховщиков к оптимизации затрат на оказание медицинской помощи, помимо предложенных мер по расширению их функций, целесообразно сделать страховые медицинские организации реальными носителями финансовых рисков, т.е. ввести их финансовую ответственность за превышение фактических расходов над плановыми. Поначалу доля этих финансовых рисков может быть небольшой, постепенно она должна расти. При этом важно ввести механизмы, демпфирующие стремление СМО к отбору наиболее здоровых контингентов застрахованных. Для этого требуется усиление дифференциации подушевого норматива финансирования страховщиков с учетом более широкого круга факторов, отражающих различия в уровне потребностей разных групп застрахованных (не только половозрастного фактора).

Следует подчеркнуть, что оплата стационарной помощи в системе ОМС должна осуществляться не за фактические, а за согласованные объемы стационарной помощи. Случаи лечения сверх согласованных объемов оплачиваются по более низким тарифам. В результате контроль за обоснованностью госпитализаций, пока безуспешно осуществляемый страховщиками, уступит место системе разделения финансовых рисков между страховщиками и больницами, при которой больницы теряют поступления от нерациональной структуры случаев госпитализации. Эта система используется в ряде регионов страны. Она позволила сконцентрировать ресурсы больниц на лечении действительно сложных заболеваний в соответствии с требованиями стандартов.

В Концепции предлагается оплату первичной медико-санитарной помощи проводить на основании дифференцированных тарифов за посещение (в целях профилактики, лечения, активного или пассивного патронажа), с последующим переходом

на подушевые нормативы на прикрепленное население. Тарифы устанавливаются таким образом, чтобы на первом этапе стимулировать повышение профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи. Такой подход, скорее всего, будет малорезультативным, поскольку профилактику нельзя свести к посещению, да и их число легко «выводится» врачами. Необходимо решительно отказаться от показателя посещений врача в качестве единицы оплаты амбулаторных услуг и перейти на метод подушевого финансирования на прикрепленное население. Причем сделать это нужно не через несколько лет, как предлагается в Концепции, а уже в 2009 г. Использование подушевого метода сразу же стимулирует к повышению профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи, что подтверждено опытом других стран и ряда российских регионов. Этот метод сильнее нацеливает на выполнение координирующей функции первичного звена, стимулирует повышение его ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения, обеспечивает комплексность лечебно-профилактической работы. В данном случае врачи заинтересованы в снижении числа больных и расширении профилактической работы, что соответствует цели политики здравоохранения.

Метод подушевого финансирования целесообразно сочетать с применением дополнительных механизмов стимулирования. Первый такой механизм — использование поощрительных систем оплаты первичного звена. Поступления поликлиники, рассчитанные по подушевому нормативу, дополняются стимулирующими доплатами за достижение установленных показателей деятельности: а) текущей деятельности; б) конечных результатов в годовом исчислении; в) вклада в реструктуризацию здравоохранения (например, показатели уровня госпитализации обслуживаемого населения, частоты вызовов скорой медицинской помощи, частоты направлений к узким специалистам).

Второй механизм стимулирования — использование системы «поликлиника-фондодержатель». Поликлиника получает средства не только на собственную деятельность, но и на услуги других учреждений — стационаров, диагностических центров, скорой медицинской помощи и проч. При этом финансирование этих услуг

поликлиникой может быть организовано разными способами. Первый вариант — поликлиника оплачивает оказанные услуги по полному тарифу. Второй — поликлиника софинансирует их вместе со страховщиком. То есть за каждый случай госпитализации пациента в стационар, направления на консультацию или обследование в специализированную медицинскую организацию и каждый вызов пациентом скорой медицинской помощи поликлиника делает фиксированный по размеру соплатеж, а остальные расходы покрывает страховщик.

В обоих случаях доход поликлиники определяется методом остатка после учета всех внешних потоков постоянно обслуживаемых пациентов. Если поликлиника расширяет объем своей деятельности и замещает стационарную помощь, то она получает всю или часть возникающей экономии. При этом важно использовать механизмы, нейтрализующие мотивацию поликлиники не направлять пациентов в стационар и в обоснованных случаях. Главный из них — оценка качественных параметров деятельности поликлиник и выплата остатка средств только при достижении установленных показателей.

Реализация данного подхода началась в некоторых регионах страны в рамках пилотного проекта (2007—2008 гг.), и уже есть первые признаки активизации работы поликлиник.

10. В Концепции справедливо указывается на целесообразность изменения организационно-правовых форм лечебных учреждений, однако при этом не определены этапы проведения таких преобразований. Важно также подчеркнуть, что часть видов учреждений целесообразно оставить в прежней форме бюджетного учреждения.

Новые формы должны не заменить, а дополнить существующую форму бюджетного учреждения. Одни из ныне действующих учреждений здравоохранения останутся в прежней форме, другие будут преобразованы в новые формы.

Можно выделить следующие два условия сохранения медицинского учреждения в прежней форме:

- когда основная деятельность медицинского учреждения не может быть адекватно измерена объемными (результатирующими) показателями;

- когда важнее обеспечить возможность оказывать необходимую медицинскую помощь, чем оптимизировать загрузку мощностей.

Этим условиям удовлетворяют: центры санэпиднадзора, инфекционные и психиатрические больницы, туберкулезные и наркологические диспансеры, центры СПИД.

Остальные учреждения, оказывающие медицинские услуги, представляется необходимым преобразовать в автономные учреждения, обладающие большей самостоятельностью в привлечении и использовании ресурсов, большей экономической ответственностью, и потому более восприимчивых к методам финансирования, ориентирующим на рост качества и эффективности их работы.

11. Способность системы здравоохранения адекватно отвечать нуждам и запросам граждан будет определяться не только ее технологическим развитием и объемами государственных и личных расходов. Необходимо развитие институтов, используя которые, граждане могут воздействовать на медицинские учреждения и врачей. Направлениями такого развития выступают:

- формирование правовой базы для защиты прав пациента и персонафицированной ответственности врачей за оказание медицинской помощи при одновременном развитии страхования профессиональной ответственности врачей;
- создание общественных советов в крупных медицинских организациях, призванных исключить их чрезмерную коммерциализацию, привить прозрачные формы поступлений и распределения средств, обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений;
- сбор и распространение информации о деятельности страховщиков и медицинских организаций;
- поощрение развития некоммерческих организаций, объединяющих больных с определенными заболеваниями, наделяя их правом участия в обсуждении организации медицинской помощи с руководителями органов и учреждений здравоохранения;
- участие широкой общественности в обсуждении политики в области здравоохранения.

12. К сожалению, в Концепции не сформулирована позиция в отношении такого важного вопроса, как государственно-частное партнерство. Нам представляется, что государство должно поощрять это партнерство для материально-технического переоснащения и повышения эффективности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) с использованием большого числа апробированных в зарубежной и отечественной практике инструментов (их надо прописать).

В целом можно сделать следующее обобщающее заключение по поводу Концепции, подготовленной Минздравсоцразвития России: она является серьезной основой для модернизации здравоохранения. Однако многие направления и механизмы необходимых институциональных преобразований либо остались без внимания, либо требуют серьезной доработки. При этом особое внимание необходимо уделить механизмам побуждения всех субъектов здравоохранения к повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

4. Возможные модели российского здравоохранения в будущем

Обсуждение направлений развития здравоохранения предполагает формирование некоторого обобщенного «образа» этой системы в обозримом будущем. Какую модель здравоохранения мы хотели бы иметь через 10—15 лет, и какую можем получить? К сожалению, рассмотренная выше Концепция такого образа не формирует. Попытаемся дать ответ на этот вопрос.

Будем понимать под моделями здравоохранения возможные состояния системы здравоохранения, различающиеся по принципам организации медицинской помощи и ее финансирования.

Можно выделить следующие ключевые факторы, которые будут определять развитие российского здравоохранения в предстоящее десятилетие:

- темпы развития экономики, определяющие возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение;
- приоритетность развития здравоохранения в политике государства, измеряемая долей государственных расходов на здравоохранение в ВВП;
- изменения в способности государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения;
- изменения в отношении граждан к своему здоровью, определяющие готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний;
- изменения в готовности работодателей инвестировать ресурсы в здоровье своих работников.

Разная динамика этих внешних по отношению к системе здравоохранения факторов будет создавать условия для формирования разных моделей здравоохранения. Вместе с тем этот процесс будет во многом определяться содержанием проводимой государственной политики в сфере здравоохранения.

В качестве оснований для выделения моделей здравоохранения на долгосрочную перспективу рассматриваются следующие.

1. *Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью.*

- Объем и уровень конкретности государственных гарантий (публичных государственных обязательств).
- Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения.

2. *Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи.*

- Социальная ориентация государственной и частной систем.
- Соотношение объемов оказываемой медицинской помощи в государственной и частной системах.

3. *Принципы организации финансирования здравоохранения.*

- Тип системы государственного финансирования здравоохранения (страховая, бюджетная, смешанная).
- Относительные масштабы перераспределения государственных средств, выделяемых на здравоохранение между регионами в целях выравнивания условий финансирования регионального здравоохранения.

4. *Принципы организации медицинской помощи.*

- Функциональные роли организаций, оказывающих первичную, специализированную амбулаторную, стационарную помощь, в координации этих видов помощи.
- Соотношение ресурсов, идущих на оказание первичной, специализированной амбулаторной и стационарной помощи.

Используя указанные основания, можно выделить три модели здравоохранения на долгосрочную перспективу.

1. Фрагментированное здравоохранение.
2. Социально дифференцированное здравоохранение.
3. Интегрированное здравоохранение.

Рассмотрим каждую из них в отдельности.

Модель фрагментированного здравоохранения характеризуется сохранением основополагающих принципов существующей в России системы здравоохранения. Это модель здравоохранения, включающая:

- значительно различающиеся друг от друга по уровню развития и реальному наполнению государственных гарантий территориальные системы здравоохранения;

- почти не взаимодействующие друг с другом государственную и частную систему оказания медицинской помощи;
- автономно функционирующие системы оказания первичной, специализированной амбулаторной и стационарной помощи, некомплексность лечебно-диагностического процесса;
- вертикальные программы борьбы с отдельными заболеваниями, слабо взаимодействующие между собой.

Сохранение такой модели здравоохранения в долгосрочной перспективе имеет наибольшие шансы при следующих условиях.

- Низкие темпы экономического роста, не выше 4% в год; соответственно возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение увеличиваются, но достаточно медленно.
- Реальная приоритетность развития здравоохранения в политике государства мало меняется со временем, и доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП остается на существующем уровне или незначительно увеличивается — до 3,5—3,7% в 2020 г.
- Весьма ограниченная способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем.
- Отношение граждан к своему здоровью и готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний меняются незначительно.
- В общественном сознании не происходит заметных сдвигов в отношении ценности здоровья и состояния здравоохранения. Рост платежеспособного спроса на медицинские услуги не сопровождается усилением давления на систему здравоохранения, заставляющего проводить реформы.
- Доля частных расходов в ВВП увеличивается с 2,2 до 2,4%.

По выделенным выше основаниям модель имеет следующие характеристики.

Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью. Государственные гарантии оказания медицинской помощи остаются неконкретными. Проводится политика селективного финансирования проблемных зон в обес-

печении государственных гарантий, но разрыв между гарантиями бесплатной медицинской помощи и реальными экономическими условиями получения гарантируемой бесплатной помощи сокращается медленно.

В государственных медицинских учреждениях продолжает развиваться практика предоставления платных медицинских услуг населению в качестве как дополнительных, так и альтернативных предоставлению бесплатных услуг. Доля пациентов, оплачивающих получение медицинской помощи, растет в регионах и с высоким, и с низким уровнем дохода.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения составляет 60 : 40 (в 2008 г., по нашей оценке, оно составило 68 : 32).

Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи. Сохраняется ориентация государственной системы оказания медицинской помощи на все население.

Растущий спрос на медицинскую помощь со стороны увеличивающегося пожилого населения предъявляется к общественной системе здравоохранения и соответственно сокращает ее возможности по оказанию услуг остальным категориям населения. Спрос высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь удовлетворяется преимущественно в сети государственных и муниципальных учреждений через механизмы платных медицинских услуг и неформальных платежей.

Частная система оказания медицинской помощи ориентируется на богатых и на часть среднего класса. Масштабы частной системы здравоохранения растут умеренными темпами, она развивается как дополняющая государственную систему и как альтернативная ей система оказания медицинской помощи. Но при этом рынок частных медицинских услуг по-прежнему занимает ограниченные сегменты в системе оказания медицинской помощи (охватывает небольшую часть видов предоставляемой медицинской помощи). Частная система в здравоохранении обеспечивает не более 10% объемов амбулаторно-поликлинической помощи и не более 5% стационарной помощи всему населению.

Организация финансирования здравоохранения. Сохраняется смешанная бюджетно-страховая система государственного фи-

нансирования здравоохранения. Государство осуществляет перераспределение средств в пользу относительно бедных регионов, используя при этом главным образом средства, концентрируемые в Федеральном фонде ОМС, но масштабы перераспределения государственных средств между регионами невелики, и поэтому дифференциация регионов по уровню государственного финансирования здравоохранения остается высокой.

Доля ОМС в государственном финансировании здравоохранения увеличивается в среднем по стране до 50—60%, но сохраняются все недостатки двухканальной системы финансирования.

Сохраняется модель ОМС с участием многих частных страховщиков, но при отсутствии конкуренции в интересах застрахованных. Уровень концентрации страховщиков в системе ОМС постепенно растет.

Доминирующими институтами частного финансирования медицинской помощи продолжают выступать приобретение медикаментов в розничной сети и прямая оплата населением медицинских услуг: в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам. Добровольное медицинское страхование развивается в основном за счет постепенного роста участия среднего и малого бизнеса, и доля взносов на ДМС в общем финансировании здравоохранения несколько увеличивается.

Организация медицинской помощи. Сохраняется иерархическая соподчиненность функциональных ролей первичной, специализированной амбулаторной, стационарной помощи в системе оказания медицинской помощи. Отсутствует комплексность в оказании разных видов помощи.

Государством декларируются задачи реструктуризации здравоохранения и приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи, которые на практике не решаются. Структура государственных расходов по видам помощи остается практически неизменной: ресурсы направляются в первую очередь для оказания стационарной помощи. Основная часть помощи концентрируется в больницах; слабо развиты формы лечения, реабилитации, стационарозамещающие виды помощи; усугубляются проблемы слабой координации в деятельности отдельных служб.

Развитие института врача общей практики по преимуществу имитируется, а основная часть первичной помощи предоставляется участковыми врачами. Нагрузка на узких специалистов остается высокой (к ним направляется 30—50% первичных посещений), расширяется число соответствующих должностей в поликлиниках.

Задачи модернизации общественной системы здравоохранения решаются медленно, техническая оснащенность государственных медицинских учреждений постепенно улучшается, но результативность их работы и отзывчивость к нуждам пациентов меняются очень медленно.

Модель социально дифференцированного здравоохранения — это модель здравоохранения, в котором сосуществуют государственная и частная системы оказания медицинской помощи, ориентированные на разные категории населения, при этом каждая из систем является относительно замкнутой и предоставляет полный спектр видов помощи.

Реализация такой модели в долгосрочной перспективе возможна при следующих условиях.

- Экономика растет достаточно высокими темпами: 5—6% в год.
- Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП несколько увеличивается — с 3,6 до 4,0%.
- Способность государства к реформированию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем.
- Происходят существенные сдвиги в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается готовность прежде всего растущего среднего класса тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.
- Рынок труда характеризуется высокой конкуренцией работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.
- Доля частных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается до 2,8%.

По выделенным выше основаниям модель социально дифференцированного здравоохранения имеет следующие характеристики.

Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью. Государство проводит политику постепенной конкретизации гарантий в рамках стратегии финансирования приоритетных направлений оказания медицинской помощи.

Платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях развиваются как дополняющие бесплатные услуги, предусматриваемые конкретизированными государственными гарантиями.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения меняется в пользу второго и достигает 55 : 45.

Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи. Государство проводит политику укрепления здорового образа жизни населения и развития системы медицинской помощи, но основной движущей силой структурных и институциональных преобразований в здравоохранении начинают выступать усиливающийся спрос работодателей и населения на качественное медицинское обслуживание. Это стимулирует развитие частного здравоохранения, корпоративных систем медицинского обслуживания, расширение масштабов оказания платных медицинских услуг организациями общественной системы здравоохранения.

Увеличение объемов требуемой медицинской помощи, обусловленное старением населения, обеспечивается главным образом общественной системой здравоохранения. При этом спрос на медицинскую помощь, предъявляемый растущим средним классом, в значительной мере переключается на частный сектор.

Социальные векторы развития государственной и частной систем здравоохранения разнонаправлены. Государственная система оказания медицинской помощи все в большей мере становится ориентированной на оказание медицинской помощи бедным; частная — богатым и небедным.

Масштабы частной системы здравоохранения растут высокими темпами. Она развивается как дополняющая общественную в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь, не предусматриваемую государственными гарантиями, а также как успешно конкурирующая

с государственными медицинскими учреждениями за заключение контрактов с государственными органами и страховщиками в системе ОМС на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. При этом рынок частных медицинских услуг расширяется по охвату видов предоставляемой медицинской помощи. Спрос высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь удовлетворяется преимущественно в частных медицинских учреждениях.

Частная система обеспечивает 15—20% объемов медицинской помощи. В регионах с высоким уровнем дохода частный сектор в здравоохранении обеспечивает до 20% объемов амбулаторно-поликлинической помощи и до 10% стационарной помощи всему населению. В регионах со средним и низким уровнем дохода частный сектор предоставляет не более 10% объемов амбулаторной и незначительные объемы стационарной помощи.

Организация финансирования здравоохранения. Доминирует страховая система финансирования здравоохранения. Обеспечивается переход к одноканальной системе оплаты медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, — только страховщиком по тарифам, предусматривающим возмещение всех видов необходимых затрат.

За счет увеличения централизованной части поступлений от ОМС и финансирования здравоохранения из федерального бюджета проводится политика противодействия росту региональной дифференциации в доступности медицинской помощи. Однако сохраняется высокая дифференциация территориальных систем здравоохранения по уровню государственного финансирования и объему государственных гарантий.

Возможно разделение единой системы ОМС на системы страхования работающих граждан и неработающего населения. В этом случае фрагментация территориальных пулов дополняется фрагментацией пулов для разных социальных групп.

Под давлением корпораций и среднего класса государство развивает институты, обеспечивающие функционирование частной системы здравоохранения и использование смешанных форм ее финансирования. Внедряются механизмы сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования. Страховым ме-

дицинским организациям предоставляется право реализации дополнительных программ медицинского страхования и программ, сочетающих добровольное и обязательное страхование. Это создает условия для фрагментации пулов финансовых средств для бедных и небедных, покупающих такие страховые программы и получающих по ним медицинскую помощь преимущественно в частной систем здравоохранения.

Государство создает условия для участия негосударственных медицинских организаций в системе ОМС и для конкуренции поставщиков медицинских услуг независимо от формы собственности за заключение контрактов на оказание населению медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. Решение задач модернизации системы оказания медицинской помощи в значительной степени возлагается на действие конкурентных сил.

Доминирующими институтами частного финансирования медицинской помощи продолжают выступать приобретение медикаментов в розничной сети и прямая оплата населением медицинских услуг в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам. Добровольное медицинское страхование (ДМС) интенсивно развивается за счет расширения участия среднего и малого бизнеса, но по-прежнему уступает по масштабам расходам населения на прямую оплату медицинских услуг.

Организация медицинской помощи. Развитие новых медицинских технологий обусловит рост спроса населения на специализированную медицинскую помощь, предоставляемую как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Расходы населения, и государства на специализированную медицинскую помощь будут увеличиваться. За счет и государственных, и частных источников обеспечиваются структурные сдвиги в системе здравоохранения в пользу специализированной помощи. Часть специализированной амбулаторной помощи перемещается в больницы: получают развитие отделения амбулаторного приема и дневного пребывания. Происходит перераспределение ресурсов в пользу специализированной амбулаторной помощи.

Сохраняется подчиненность функциональной роли первичной помощи по отношению к специализированной амбулаторной

и стационарной помощи в системе оказания медицинской помощи. Вместе с тем специализированная амбулаторная помощь все в меньшей мере становится подчиненной интересам стационаров, и возрастает степень автономности в организации оказания специализированной амбулаторной помощи по отношению к оказанию стационарной.

Модель интегрированного здравоохранения — это модель здравоохранения, в котором функционирование и развитие разных видов помощи, территориальных систем, государственной и частной систем является взаимосвязанным и эффективно координируемым государством и профессиональным сообществом.

Формирование такой модели становится возможным при реализации сценария инновационного развития экономики, который предполагает следующее.

- Высокие темпы экономического роста: 6—7% в год.
- Приоритетность развития здравоохранения в политике государства усиливается, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается с 3,6 до 4,5—5,0%.
- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения значительно усиливается.
- Государство занимает активную позицию в укреплении здорового образа жизни населения и демонстрирует растущую способность к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения и проводит последовательную политику их реформирования.
- Происходят существенные сдвиги в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается готовность прежде всего растущего среднего класса тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.
- Рынок труда характеризуется высокой конкуренцией работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.
- Доля частных расходов на здравоохранение в ВВП сохраняется на уровне 2,0—2,2%.

Модель интегрированного здравоохранения имеет следующие характеристики.

Соотношение ответственности государства и населения за обеспечение медицинской помощью. Государственные гарантии в сфере здравоохранения конкретизируются по видам, объемам, порядку и условиям оказания медицинской помощи посредством развития системы стандартов в здравоохранении. Основой такой конкретизации выступает развитие системы стандартов в здравоохранении (стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях, стандартов оснащения медицинских учреждений, перечней лекарственных средств, предоставление которых финансируется государством, и др.). Система стандартов включает федеральные стандарты и соответствующие им региональные стандарты. Отдельные регионы устанавливают более высокие требования к медицинским технологиям, оснащенности медицинских учреждений, гарантируемым лекарственным средствам. Вводятся действенные механизмы контроля за обеспечением гарантий, не допускающие замещения бесплатной помощи платной. Государство формирует свои гарантии в тесной увязке с размерами их финансирования за счет налоговых источников.

Платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях сохраняются, но предоставляются лишь как дополняющие бесплатные услуги, предусматриваемые конкретизированными государственными гарантиями, и постепенно выводятся из государственных медицинских учреждений.

Соотношение государственного и частного финансирования здравоохранения 70 : 30.

Соотношение государственной и частной систем оказания медицинской помощи. Государственная система оказания медицинской помощи сохраняет ориентацию на оказание медицинской помощи всему населению.

Масштабы частной системы здравоохранения растут умеренными темпами. Она развивается как дополняющая государственную в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь, не предусматриваемую государственными гарантиями, и как конкурирующая с государственными медицинскими учреждениями за заключение контрактов с государственными органами и страховщиками в системе ОМС на оказание медицинской помощи населению, предусмат-

риваемой государственными гарантиями. При этом рынок частных медицинских услуг занимает ограниченные сегменты в системе оказания медицинской помощи (охватывает несколько видов предоставляемой медицинской помощи).

Частная система оказания система обеспечивает 10—15% объемов медицинской помощи. В регионах с высоким уровнем дохода частный сектор в здравоохранении получает интенсивное развитие, обеспечивая до 15% объемов амбулаторно-поликлинической помощи (в основном в стоматологии, гинекологии, урологии). В сфере стационарной помощи частный медицинский бизнес осваивает «ниши» легко тиражируемых ресурсосберегающих медицинских технологий, делая при этом акцент на высокий уровень сервисных характеристик. Но основная часть стационарной помощи (не менее 80% объемов) и практически вся высокотехнологичная помощь (90—95%) по-прежнему концентрируется в государственных и муниципальных больницах.

В ресурсодобывающих регионах за пределами крупных городов и в регионах со средним и низким уровнем доходов подавляющая часть амбулаторной помощи (92—95% объемов) и стационарной помощи (95—98% объемов) оказывается государственными и муниципальными медицинскими организациями.

Государство активизирует политику формирования конкурентной среды в сфере оказания медицинской помощи. Но при этом роль плановых регуляторов остается решающей. Повышаются требования к формированию территориальных программ государственных гарантий и заданий медицинским организациям, растет значение стратегического планирования сети медицинских организаций, каждый регион разрабатывает стратегические планы реструктуризации системы и реализует их в течение 10—15 лет. Усиливаются требования к рациональному размещению частного медицинского бизнеса, меры стимулирования используются в первую очередь для тех организаций, потребность в которых особенно велика.

Организация финансирования здравоохранения. Система финансирования здравоохранения является страховой. Ответственность за финансовое обеспечение государственных гарантий полностью возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется 80—90%

государственных средств на здравоохранение. Для оплаты медицинской помощи в системе ОМС используется полный тариф, отражающий все виды затрат на оказание медицинской помощи. Напрямую из бюджета финансируются лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическая помощь в стационарных условиях).

Повышается степень перераспределения государственных финансовых средств между регионами и внутри регионов. Разрыв между самыми бедными и самыми богатыми регионами по уровню государственного финансирования здравоохранения на душу населения (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) снижается с нынешних 4—5 раз до 2—3 раз.

Проводится системное реформирование механизмов государственного финансирования здравоохранения, обеспечивающее появление у всех его субъектов действенных стимулов к росту эффективности. Существенно меняются правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций. Расширяются функции страховщиков, повышается их роль в планировании и организации медицинской помощи, растет финансовая ответственность за зоны неэффективного использования ресурсов здравоохранения. Формируются условия для реализации конкурентной модели ОМС, включая предоставление информации застрахованным о деятельности отдельных медицинских организаций и страховщиков, разрешение страховщикам реализовывать дополнительные к ОМС программы медицинского страхования, обеспечение индивидуального выбора гражданами страховщиков. Эта модель начинает давать свои положительные результаты. Из пассивных посредников страховщики превращаются в информированных покупателей услуг медицинских организаций, оптимизирующих их объемы и качество в интересах застрахованных.

В финансировании медицинских организаций из государственных источников последовательно реализуется принцип «деньги следуют за пациентом», т.е. оплата результатов их работы. Для усиления стимулов к повышению эффективности расширяется хозяйственная самостоятельность медицинских организаций путем преобразования примерно 70—80% бюджетных учреждений

в организационно-правовые формы автономных учреждений и государственных, муниципальных автономных некоммерческих организаций. Получает развитие конкуренция между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна.

Добровольное медицинское страхование интенсивно развивается за счет участия среднего и малого бизнеса, а также роста числа граждан, страхующихся за собственные деньги. Доля индивидуального страхования в ДМС увеличивается. Объемы взносов на ДМС превосходят размеры расходов населения на прямую оплату медицинской помощи.

Распространенность неформальных платежей уменьшается.

Организация медицинской помощи. Первичное звено постепенно начинает играть ключевую роль в управлении оказанием медицинской помощи. Обеспечивается комплексность в оказании разных видов помощи.

Изменяется соотношение ресурсов, идущих на оказание первичной, специализированной амбулаторной, стационарной помощи: происходит перераспределение ресурсов в пользу первичной медицинской помощи.

В системе оказания медицинской помощи происходят серьезные структурные изменения, обусловленные действием разнонаправленных факторов. С одной стороны, развитие новых диагностических и лечебных технологий, расширяющих возможности ранней диагностики и фармакологического лечения заболеваний, обусловит рост спроса населения на специализированную медицинскую помощь, предоставляемую как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Часть специализированной амбулаторной помощи переместится в больницы: получают развитие отделения амбулаторного приема и дневного пребывания.

С другой стороны, государство проводит последовательную политику первоочередного развития первичной медико-санитарной помощи. Акцент делается на укрепление участковой службы, которая обеспечивается ресурсами для масштабного проведения профилактических мероприятий и лечения 70—80% случаев заболеваний. Врач общей практики берет на себя растущее число функций узких специалистов, реально организует медицинскую помощь на других этапах и несет основную ответственность за состояние здо-

ровья обслуживаемого населения. В структуре государственных расходов на медицинскую помощь возрастет доля амбулаторно-поликлинической помощи — с 31,5% в 2007 г. до 40% в 2020 г. и медицинской помощи в дневных стационарах — с 2,7 до 8%. Доля стационарной помощи снизится с 58,6 до 47%, скорой медицинской помощи — с 7,2 до 5%.

С точки зрения критериев результативности (влияния на показатели состояния здоровья населения), обеспечения справедливого доступа к медицинской помощи и справедливого распределения бремени расходов на здравоохранение, эффективности использования ресурсов наиболее предпочтительной является модель интегрированного здравоохранения.

Рассмотренные модели характеризуют возможное будущее российского здравоохранения. В настоящем же перед ним уже встают новые вызовы и новые задачи, порождаемые начавшимся финансово-экономическим кризисом.

5. О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения в условиях финансово-экономического кризиса

5.1. Основные вызовы системе здравоохранения в условиях кризиса

Нарастающий финансово-экономический кризис уже привел к сокращению планируемых доходов бюджетов субъектов РФ и соответственно — планируемых приростов расходов на здравоохранение. В течение 2009 г. возможно дальнейшее сокращение бюджетных доходов. Падение производства в ряде отраслей, вероятные задержки с начислением заработной платы и рост безработицы могут негативно отразиться на ожидаемых поступлениях системы обязательного медицинского страхования (ОМС). В этих условиях следует ожидать от системы ОМС перекладывания рисков финансирования оказываемой населению медицинской помощи на медицинские учреждения, которые в свою очередь будут стремиться переложить их на население, сокращая расходы на лекарственные средства и увеличивая долю медицинской помощи, предлагаемой на платной основе.

Снижение обменного курса рубля обуславливает рост цен на импортные медикаменты и соответственно сокращение в реальном выражении размеров закупок лекарственных средств для программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и для медицинских учреждений.

Инфляция будет обесценивать заработную плату медицинских работников и стимулировать их к усилению давления на пациентов с целью получения неформальных платежей.

Сокращение реальных доходов населения и рост цен на медикаменты приведет к ухудшению возможностей населения приобретать необходимые лекарственные средства и платить в кассу или в руки врачам за медицинские услуги.

В итоге доступность медицинской помощи будет сокращаться, причем в наибольшей мере для бедных категорий населения,

которые в больших масштабах будут вынуждены отказываться от обращения за медицинской помощью и от ее получения в полном объеме.

Особенностью протекания нынешнего кризиса являются постепенность его нарастания и ожидаемый длительный период выхода из кризиса. Поэтому указанные процессы происходят в виде постепенных изменений. Это сглаживает остроту назревающих проблем и необходимости активных действий по их решению. Задержки с реакцией на эти процессы грозят тем, что произойдут необратимые сдвиги в уровне оплаты оказанной медицинской помощи, в развитии практик неформальной оплаты, усилении неравенства в доступности медицинской помощи.

5.2. Основные приоритеты действий Правительства РФ в условиях кризиса

Главными задачами государственной политики в сфере здравоохранения по смягчению последствий финансово-экономического кризиса являются:

- максимальное демпфирование снижения доступности медицинской помощи для населения, с акцентированием внимания к двум категориям:
 - бедным слоям населения, чей текущий доход и имущественное положение исключают или сильно ограничивают платное лечение,
 - лицам с «катастрофическими» расходами на медицинскую помощь, превышающими половину располагаемого дохода, прежде всего лицам с хроническими заболеваниями, лечение которых требует особенно значительных расходов;
- реализация мер по сокращению зон неэффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Для решения этих задач Правительству целесообразно принять действия в следующих направлениях:

- 1) определить приоритеты в обеспечении гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

2) усилить регулирование условий оказания платных медицинских услуг;

3) улучшить лекарственное обеспечение для целевых категорий населения;

4) повысить доступность специализированной помощи для жителей малых поселений, а также территорий, наиболее пострадавших от снижения экономической активности;

5) повысить уровень концентрации финансовых ресурсов в системе здравоохранения;

6) повысить уровень информированности населения в вопросах здравоохранения.

По этим направлениям целесообразно осуществить следующие меры.

Определение приоритетов в обеспечении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Установить приоритеты в финансовом обеспечении программы государственных гарантий на трехлетний период. Для этого сформировать перечень заболеваний, наносящих наибольший ущерб общественному здоровью с точки зрения потерянных лет жизни и утраты трудоспособности. Сконцентрировать ресурсы общественной системы здравоохранения на лечении этих заболеваний с использованием медицинских технологий, доказавших не только клиническую, но и экономическую эффективность.

Ускорить разработку и экономическую оценку медицинских стандартов по выделенному перечню заболеваний. Пересмотреть процедуры разработки и утверждения таких стандартов с целью ускорения этого процесса и обеспечения ресурсной реалистичности содержания стандартов. Внедрить эти стандарты в клиническую практику и в практику оплаты медицинской помощи в системе ОМС в 70—80% регионов и усилить контроль за бесплатным оказанием медицинской помощи по этим заболеваниям на уровне установленных стандартов. Для 2009 г. это может быть примерно 5—10% наиболее распространенных заболеваний, для 2010 г. — 10—15%.

С целью повышения финансовой доступности плановой стационарной помощи установить требование выделения отдельной строкой объемов такой помощи в составе территориальных про-

грамм государственных гарантий, а также доводить до ЛПУ задания по этой помощи. Это позволит ориентировать медицинские учреждения на бесплатное предоставление растущей части плановой помощи, преодолеть на этой основе стихийное нарастание ее платности.

Легализовать институт листов ожидания на получение плановой медицинской помощи, разработать и принять нормативные документы, регулирующие условия и порядок ведения листов ожидания в медицинских учреждениях.

Сделать обязательным ведение в каждой больнице листов ожидания по дорогостоящим видам плановой медицинской помощи, установить предельные сроки ожидания, максимально конкретизированные по видам заболеваний и медицинским технологиям. Разработать процедуры контроля за их соблюдением, в том числе силами страховых медицинских организаций и общественных организаций.

Усиление регулирования условий оказания платных медицинских услуг. В части выделенного перечня заболеваний ввести более конкретные основания для оказания платных услуг в государственных, муниципальных медицинских учреждениях — только за услуги и лекарственные средства, не включенные в соответствующий стандарт. Для этого установить перечень конкретных медицинских технологий, предоставляемых за плату. В этот перечень не могут быть включены те из них, которые составляют переменную часть стандартов, т.е. услуги и лекарственные средства, которые в соответствии со стандартом назначаются не всем больным данным заболеванием. Это даст возможность исключить манипулирование составом услуг, на которые имеет право пациент.

Для всех заболеваний, по которым имеются стандарты, установить правило доплаты пациентам стационара за услуги и лекарственные средства, не включенные в стандарт. Пациент может претендовать на дополнительные услуги (например, на более углубленное исследование). Для ее получения он вносит в кассу больницы разницу между ценами положенной ему услуги и дополнительной услуги. Аналогичная схема доплат устанавливается для лекарственных средств, имплантов и изделий медицинского на-

значения. Это правило облегчит бремя затрат пациентов больниц, снизит поборы, сделает платные услуги действительно дополнительными, а не замещающими государственные гарантии без прямого запрета на их оказание.

Предоставлять государственным и муниципальным ЛПУ право на оказание платных медицинских услуг только при условии выполнения заданий на оказание медицинской помощи по программе государственных гарантий.

Проводить силами Росздравнадзора мониторинг цен на платные медицинские услуги по отдельным регионам, территориям и типам медицинских учреждений, выделять устойчивые отклонения уровня цен от средней и требовать их более детального обоснования.

Пересмотреть методику формирования цен на платные медицинские услуги, с тем чтобы стимулировать врачей к отказу от неформальных платежей в пользу оказания легальных платных услуг. Необходимо увеличить размеры и долю включаемых в цену услуги расходов на оплату труда за счет уменьшения расходов по другим статьям, в частности посредством запрета на включение в тарифы на платные медицинские услуги расчетной рентабельности и уменьшения размера расчетной амортизации.

Улучшение лекарственного обеспечения для целевых категорий населения. В контексте текущих задач социальной защиты населения наибольшее значение имеют следующие меры.

Радикальное усиление транспарентности государственного регулирования ценообразования на лекарственные средства включает обязательность публикации в Интернете фармако-экономических обоснований регистрируемых государством цен на лекарственные средства; создание открытой государственной информационной системы о розничных ценах на лекарственные средства и о ценах на лекарственные средства, закупаемые для государственных и муниципальных нужд во всех субъектах РФ; создание системы «бенчмаркинга» — межстранового и межрегионального сравнения цен на лекарственные средства.

Реализация этих мер станет фактором сдерживания роста цен на лекарственные средства и сокращения межрегиональных и внутрирегиональных различий цен на одинаковые препараты.

Создание программы лекарственного обеспечения социально уязвимых категорий населения в амбулаторных условиях.

Целевые группы. В данную программу следует включить граждан с доходами ниже прожиточного минимума. Их число может составить 37 млн человек.

Учитывая невысокую точность регистрации таких граждан, состав участников программы может быть сформированы по другим основаниям:

- зарегистрированные безработные;
- члены многодетных и неполных семей;
- неработающие пенсионеры.

Состав гарантий. Для этой программы следует сформировать отдельный перечень лекарственных средств. Он может быть сформирован по наиболее распространенным заболеваниям.

Условия возмещения затрат. Возможны два варианта возмещения. *Первый* — возмещение государством фиксированной части цены на лекарственные препараты, включенные в список. При этом возможна дифференциация размера возмещения для отдельных целевых групп. Например, для пенсионеров — 80% стоимости ЛС, для работающего населения — 50%. *Второй* — возмещение государством референтной цены, т.е. цены, устанавливаемой для определенного класса лекарств; граждане доплачивают разницу между референтной ценой и ценой фактически приобретаемого лекарства.

Первая модель проще для реализации, но при ее использовании сложнее обеспечить предсказуемость необходимых затрат на реализацию программы. Вторая модель повышает предсказуемость бюджетных расходов, позволяет использовать более широкий перечень возмещаемых лекарственных средств, но она требует более высоких административных затрат и частого пересмотра референтных цен в условиях инфляции.

Обеспечение финансовой защиты лиц с особо значительными расходами на лекарственные средства предлагает включить в состав категорий населения, имеющих право на участие в программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), группу пациентов с кумулятивными расходами на медицинские услуги и лекарственные средства по рецептам свыше определенного уров-

ня в пределах установленного периода времени (примерно свыше 150—200 тыс. руб. за три месяца).

Налоговые льготы. В качестве меры защиты населения целесообразно увеличить с 38 тыс. до 100 тыс. руб. размер вычитаемой из налогооблагаемой базы суммы, уплаченной налогоплательщиком за счет собственных средств за медицинские услуги и медикаменты, назначенные лечащим врачом.

Повышение доступности специализированной помощи для жителей малых поселений. В ситуации финансово-экономического кризиса особенно важно смягчить сложивший разрыв в уровне обеспеченности узкими специалистами жителей крупных городов и малых поселений. Для этого следует создать экономические и организационные условия для притока специалистов в малые и средние города, а также в крупные сельские поселения. В то же время повышение обеспеченности жителей малых поселений специалистами следует проводить избирательно с учетом доказательной потребности в конкретных видах помощи и способности узких специалистов функционировать с полной нагрузкой и на достаточно высоком медико-технологическом уровне. Речь идет не о том, чтобы в каждом муниципальном образовании иметь систему здравоохранения, способную удовлетворить все потребности местного населения, а о формировании управляемой многоуровневой системы оказания медицинской помощи. Для этого необходимо создание медицинских округов, объединяющих соседние муниципальные образования. На базе центральных районных больниц создавать отделения специализированной помощи, обслуживающие население нескольких муниципальных образований. При этом необходимо восстановить порядок направлений пациентов с одного уровня оказания медицинской помощи на другой.

Повышение доступности первичной и специализированной медицинской помощи для жителей малых поселений предполагает разработку в каждом субъекте РФ стратегического плана реструктуризации сети оказания медицинской помощи. В нем необходимо отразить планируемые действия на уровне регионального центра и отдельных муниципальных образований и их групп. Часть мероприятий может быть реализована в ближайшие 2—3 года, например создание медицинских округов, другие — в последующие годы

(по мере улучшения финансового обеспечения муниципального здравоохранения).

Повышение уровня концентрации финансовых ресурсов в системе здравоохранения. Перейти на страховой принцип финансирования здравоохранения с концентрацией в ОМС 80—85% государственных средств на здравоохранение (включая средства на оплату скорой медицинской помощи и основной части социально значимых заболеваний). Для решения этой задачи необходимо последовательно внедрять принцип выделения регионам субсидий Федерального фонда ОМС при условии выполнения федеральных требований к размеру взносов на ОМС неработающего населения.

Пересмотреть распределение полномочий в организации и финансировании здравоохранения между уровнями власти. Передать на уровень субъекта РФ ответственность за финансирование стационарной медицинской помощи в отношении муниципальных образований, получающих дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности. Это расширит возможности для рационального планирования сети стационарных учреждений с акцентом: а) на сокращение излишних мощностей больниц; б) на создание межрайонных центров специализированной помощи; в) на преодоление дублирования деятельности бюджетных учреждений третичного и вторичного уровней (часть услуг, оказываемых в областных больницах, можно будет передать в медицинские округа для приближения вторичной помощи к населению). Формирование единого финансового пула в части стационарной помощи обеспечит реальные управленческие механизмы для решения наиболее очевидных проблем реструктуризации сети учреждений регионального здравоохранения (например, для объединения соседних больниц, финансируемых из разных источников) уже в пределах нескольких месяцев после принятия соответствующего решения.

Повышение уровня информированности населения в вопросах здравоохранения. Активизировать санитарно-просветительскую работу (индивидуальную, групповую и массовую), направленную на формирование здорового образа жизни и рациональных форм потребления медицинской помощи, повысить уровень правовой культуры населения в вопросах здравоохранения с использованием современных средств массовой информации.

Создать условия для облегчения потребительского выбора на основе сбора и распространения информации о результатах деятельности медицинских организаций, включая практику оценки пациентом качества оказанной медицинской помощи. Рассчитывать рейтинги однотипных медицинских организаций по этим показателям.

При всей важности текущих задач антикризисной политики они должны быть тесно увязаны со стратегическими задачами реформирования здравоохранения. Тактика «затыкания дыр» должна уступить место осмысленной стратегии системного преобразования организации, управления и финансирования здравоохранения. При этом предпринимаемые текущие меры должны стать первым этапом реализации среднесрочной и долгосрочной программы модернизации отрасли. В первую очередь это касается конкретизации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и усиления регулирования платных медицинских услуг, создания системы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях, массового переобучения участковых врачей и перехода на модель врача общей практики.

Реализация этих и других направлений реформирования здравоохранения, с одной стороны, осложняется снижающимися ресурсами государственного финансирования, а с другой — облегчается новым соотношением сил между сторонниками и противниками серьезных системных преобразований. В сфере лекарственного обеспечения в кризисной ситуации будет легче преодолеть сопротивление сильного фармацевтического лобби и перейти на более эффективные механизмы регулирования рынка лекарственных средств и возмещения затрат через систему ОМС. Появятся новые возможности для обоснования первоочередного развития первичной медико-санитарной помощи и формирования более рациональной сети медицинских организаций. В противодействии разнонаправленных факторов будет расти осознание потребности в глубоких институциональных реформах.

Ш39 **Шейман И. М.** Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: докл. Государственного университета — Высшей школы экономики [Текст] : к X Междунар. науч. конф. ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества, Москва, 7—9 апреля 2009 г. / И. М. Шейман, С. В. Шишкин ; Гос. ун-т — Высшая школа экономики. — М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. — 66 [2] с. — 1700 экз. — ISBN 978-5-7598-0665-3 (в обл.).

УДК 61(471+571)
ББК 5(2Рос)

Подписано в печать 26.03.2009 г. Формат 60×88 1/16
Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 4,12. Уч.-изд. л. 3,37
Тираж 1700 экз. Изд. № 1021

ГУ ВШЭ. 125319, Москва, Кочновский проезд, 3
Тел./факс: (495) 772-95-71