**Комментарии специалистов Всемирного банка к докладу о результатах работы экспертной группы «Здоровье и среда обитания человека»**

**9 ноября 2011 г.**

**Уважаемая группа экспертов по «Здравоохранению и экологии человека»!**

Позвольте поблагодарить Вас за предоставленную возможность ознакомиться с настоящим проектом документа.

Прежде всего, примите наши поздравления с отличной работой!

Документ хорошо структурирован, в нем представлен весьма исчерпывающий перечень стратегических направлений, намеченных для реализации в Российской Федерации на ближайшие несколько лет. Данная работа имеет новаторский характер, который выражается в стремлении осветить темы, касающиеся как состояния здоровья населения и системы здравоохранения, так и вопросов экологии. В данной работе правильно выделены как краткосрочные, так и долгосрочные перспективы развития, и определены ключевые долгосрочные инвестиции.

Со стороны специалистов Банка имеется несколько вопросов и комментариев, которые Вы, возможно, сочтете полезными.

**Анализ текущего положения дел**

В целом, анализ выполнен на высоком уровне. Проблемы системы здравоохранения представлены комплексно. Специалисты справедливо подчеркивают тот факт, что существующие проблемы являются многосторонними: (i) недостаточное финансирование сферы здравоохранения; (ii) неправильный выбор модели организации медицинской помощи, в которой чрезмерное значение придается лечению в стационаре, и недооценивается роль укрепления здоровья и профилактики; а также (iii) экологические проблемы.

Однако одной из важных проблем, не рассмотренных в данном разделе, является отсутствие (или весьма незначительное) бесплатного обеспечения лекарственных средств, назначаемых больным при амбулаторном лечении, в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Сегодня лекарственные препараты являются наиболее эффективным средством вторичной профилактики хронических заболеваний.

Было бы целесообразно привести примеры успешных решений в России отдельных вопросов, которые было бы необходимо отметить и продолжить реализацию данных стратегий в будущем. Например, новый закон об обязательном медицинском страховании, конечно, является важным шагом вперед.

Необходимо дополнить международные сравнения расходов на здравоохранение расходами из расчета на душу населения. Существует возможность увеличить эти расходы, особенно государственные расходы. Однако нынешнее сравнение некорректно, так как в нем учитываются страны ЕС с гораздо более высоким уровнем доходов на душу населения.

Для проведения кампаний против потребления табака необходимо определить, кто будет проводить их в жизнь, и найти примеры для подражания. Одним из таких примеров является Президент России, нужно найти еще примеры. Необходимо также рассмотреть вопрос о проведении антиалкогольных кампаний и кампаний по укреплению безопасности движения на дорогах. Что касается предыдущих антиалкогольных кампаний, то в недавней работе Джея Бхаттачария, Кристины Гэтманн и Гранта Миллера «Антиалкогольная кампания Горбачева и кризис смертности в России» (Jay Bhattacharya, Christina Gathmann, and Grant Miller “THE GORBACHEV ANTI-ALCOHOL CAMPAIGN AND RUSSIA’S MORTALITY CRISIS”) высказано предположение о том, что прекращением данной кампании объясняется «кризис смертности в России», в результате которого в период с 1990 г. по 1994 г. смертность в России возросла на 32% - 49% (<https://iriss.stanford.edu/sites/all/files/iriss/Russia_mortality_crisis.pdf>)

В отношении посещения населением новых центров здоровья, необходимо исследовать причины низкой посещаемости посредством проведения опроса потребителей или фокусных групп.

Высокий уровень смертности и положение с загрязнением атмосферного воздуха представляются весьма драматичными … Можно ли провести сравнение с другими странами? Возможно, будет полезно рассмотреть также вопрос о производительности труда и количестве часов и дней, потерянных вследствие заболеваний, вызванных загрязнением атмосферного воздуха … это может отражаться на макроэкономическом росте.

Проблема низкой заработной платы врачей и медицинских сестер очень важна, и мы рады, что она отмечена. В более долгосрочной перспективе Россия должна поощрять медицинских работников, учитывая долгосрочную рыночную конъюнктуру. Это позволит также решить проблему неофициальных выплат, хотя нам и неизвестно точно, какая здесь существует причинно-следственная связь (то есть, какая добавка к зарплате будет достаточной для того, чтобы уменьшить размер неофициальных выплат или положить им конец). Однако действительно ли именно это является проблемой? Или главная проблема состоит в том, что врачи не предоставляют услуг, которые способствуют укреплению здоровья (то есть, не делают того, что нужно, или не в состоянии убедить больных делать то, что нужно). Существует риск сделать нечто подобное тому, что произошло в Великобритании: значительное увеличение оплаты труда врачей общей практики, но при этом улучшение результатов очень незначительное.

В России все еще слишком много врачей в расчете на душу населения. Необходим анализ причин. Слишком много обучается врачей, и в результате они остаются без работы или заняты лишь частично: в сфере образования средства тратятся неэффективно? Или же готовится слишком много врачей, и они в результате создают спрос, вызванный избытком предложения: увеличивают количество ненужных услуг? Или в России нерациональная структура врачебных кадров? Возможно, именно эта последняя проблема является наиболее важной.

Ясно, что в целом необходимо сокращение численности врачей, но необходимо и изменение структуры занятых и системы поощрения тех, кто хорошо работает, а также учет рыночной конъюнктуры для привлечения самых лучших и способных выпускников вузов. Это уже произошло в других секторах, например банковском, значит, учет рыночной конъюнктуры позволяет менять положение на рынке трудовых ресурсов в сегодняшней России. Руководители в министерстве финансов прежде, чем выделить средства на повышение оплаты труда медицинских работников должны убедиться в преимуществах, которые это сулит. Это старая проблема, но она все же является фактором риска для налогово-бюджетной политики государства.

**Возможные сценарии государственной политики в сфере здравоохранения**

В изложенных исходных сценариях чрезмерный упор сделан на необходимость «ликвидировать разрыв между Россией и Западной Европой в отношении количества предоставляемой третичной/высокотехнологичной медицинской помощи, доступности современных технологий и т.д.». Как нам известно, существует несколько стран, которые, используя даже меньшие ресурсы, чем Россия, способны обеспечить более высокое качество и более эффективную медицинскую помощь с лучшими результатами в области охраны здоровья.

Здесь недостаточно хорошо аргументирована необходимость увеличения финансирования. С одной стороны, есть важный аргумент, касающийся укрепления профилактической работы и первичной помощи, и Банк это поддерживает. Однако основание для увеличения финансирования здравоохранения - это не только намеченный на бумаге солидный план, изложенный на первых страницах работы. Необходимо принять во внимание, что в налоговой сфере имеются возможности для увеличения финансирования, а расходы России на здравоохранение все еще представляются низкими по сравнению со странами с аналогичным уровнем дохода на душу населения. Поэтому, хотя необходимость увеличения расходов не является вопросом, подвергающимся сомнению, аргументация и обоснование, представленные на первых страницах являются слабыми. Куда именно пойдет все дополнительно выделяемое финансирование? Это не ясно, а профилактическая работа не требует крупных затрат средств. И по каждому из сценариев не хватает упора на необходимость повысить эффективность работы всей системы. И опять руководители Минфина России, как и руководители Министерства финансов в любой другой стране, включая США, захотят убедиться, какие меры предприняты для обеспечения того, «хорошие деньги пошли на плохую систему».

Для подготовки обоснования необходимости роста финансирования здравоохранения, возможно, было бы целесообразно реорганизовать предлагаемые в документе меры таким образом, чтобы объединить их общей темой (например, решение проблемы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний), для того, чтобы была понятна взаимосвязь между различными мерами.

В этом разделе необходимо доработать рекомендации по укреплению профилактической работы и уделению повышенного внимания неинфекционным заболеваниям на основе совместных усилий различных ведомств и государственной программы укрепления здоровья. Многие из проблем лучше решать за пределами сектора здравоохранения. Отчет Банка «Рано умирать….», возможно, может послужить ключом к решению таких вопросов, и недавние сообщения о контроле и профилактике неинфекционных заболеваний в Китае и других странах могут оказаться полезными для экспертной группы. Банк может предоставить эти сообщения, и здесь мы приводим копию одного из них. Но необходимо договориться о том, что решение проблемы не ограничивается лишь сектором здравоохранения.

Повышение доходов не обязательно ведет к росту потребления алкоголя и табака. Хорошим примером тому служат Западная Европа и Канада. Хотя мы согласны, что для этого необходима реализация определенного курса действий.

Считается, что одним из направлений повышения эффективности и результативности системы здравоохранения связано с информационными технологиями (ИТ). Однако до настоящего времени во всем мире насчитывается немного свидетельств этого. И можно найти совсем немного примеров высокоэффективного использования в этих целях информационных технологий, как, например в Британской Колумбии (Канада), в то время, как другие страны, например, Великобритания, изо всех сил стараются инвестировать в ИТ крупные средства, при этом отдача от этих инвестиций на сегодняшний день невелика. Нельзя ли привести здесь более конкретные примеры или сделать текстовую врезку с примерами успешных моделей?

**Меры по созданию комплексной, прозрачной и эффективной системы здравоохранения**

Что касается политики укрепления здоровья населения, то международная практика – убедительно – показывает, что самым действенным средством являются налоги. Необходимо предпринимать меры и по другим направлениям, но налоги должны увеличиться, чтобы достичь определенного паритета с уровнем налогов на алкогольные напитки и табачные изделия в 15 ведущих странах ЕС. Небольшое повышение цены бессмысленно, если только процентная доля повышения не будет достаточно высокой, чтобы отпугнуть пользователей. По табачным изделиям уровень цен должен, конечно, отпугивать подростков. Во всем мире известно, что как только эта вредная привычка возникнет, она сохранится. Смысл «игры» в том, чтобы сделать цену на эту продукцию недоступной для российской молодежи. Этого анализа мы здесь не видим.

Предоставление налоговых льгот тем, кто укрепляет здоровье… не ясно, какой от этого будет эффект, и насколько убедительны имеющиеся международные примеры. Лучше реформировать налоговую политику, чтобы стимулировать покупку здоровых продуктов (фруктов и овощей) и избегать нездоровых продуктов (масло, жирное мясо, табачные и алкогольные изделия). Или сократить государственные субсидии производителям нездоровых пищевых продуктов? Мы не в полной мере знакомы с ситуацией в России, но разве здесь не выделяются крупные субсидии производителям сахара и мяса?

Структура подоходного налога с физических лиц может оказаться слишком трудной для реформирования, и здесь возможны разные «игры».

Плавательные бассейны, спортивные залы и сооружения … будут ли они использоваться? Кем? Теми, кому 25 или 35 лет? Проводилось ли исследование в фокусной группе, чтобы определить, кто этим будет пользоваться и при каких условиях? Хотя такие инвестиции целесообразны, надо осторожно подходить к этому вопросу, чтобы быть уверенным, что сооруженные на эти инвестиции объекты будут использоваться всеми возрастными группами с самыми разными доходами.

Показатели развития системы здравоохранения четко свидетельствуют о необходимости повышения эффективности работы врачей, больничных коек, учреждений, стационарного лечения и сокращения его продолжительности. Очень позитивным показателем является переход от стационарного к более экономичному амбулаторному лечению.

**Развитие кадрового потенциала в здравоохранении, реорганизация амбулаторной помощи и реструктуризация стационарной помощи**

Согласны, инвестиции в систему медицинского образования являются ключом к успеху. Проводилась ли оценка адекватности нынешней системы медицинского образования? Сравнения со странами-соседями? Нет ли хороших моделей в странах с переходной экономикой, у которых Россия могла бы поучиться? Может оказаться полезным более подробно ознакомиться также с опытом таких стран как Нидерланды, Дания и Великобритания. Необходимо также расширить круг обязанностей среднего медицинского персонала.

Во всем документе постоянно возникают темы первичной медицинской помощи, медицинского образования, реорганизации стационарной и амбулаторной помощи и так далее.

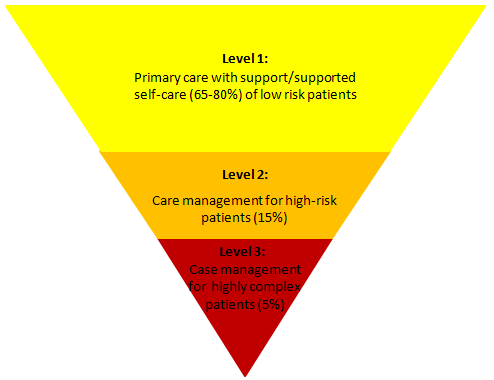
Мы предлагаем, прежде всего, рассмотреть происходящие изменения структуры неинфекционных заболеваний, которые вызывают коренное изменение структуры, организации и оказания медицинской помощи. Было бы полезно разработать стратегию интегрированной или «скоординированной» медицинской помощи для всех уровней оказания медицинской помощи в динамике и отразить передовой опыт стран ОЭСР. Это могло бы выглядеть, например, следующим образом.

Систему оказания медицинской помощи в России действительно необходимо переориентировать, чтобы уделять больше внимания первичной помощи, если эта система должна контролировать рост эпидемии неинфекционных заболеваний и способствовать предотвращению неуправляемой эскалации расходов на медицинское обслуживание в среднесрочной перспективе. Хотя в документе подчеркивается необходимость реформы первичной медицинской помощи в рамках осуществляемой реформы системы здравоохранения, такая реформа связана со сменой поколений, в результате чего существует вероятность возникновения значительных препятствий. Для модернизации системы первичной медицинской помощи необходимо поэтапное осуществление в течение 10-20 лет комплекса мероприятий, которые должен быть всеобъемлющими и поэтапными и включать новые модели оказания помощи, новое поколение профессионалов в области первичной медицинской помощи, материальное и нематериальное стимулирование, и реалистичный план перехода к новой системе (см. рисунок). Различные элементы реформы первичной медицинской помощи связаны между собой, и чрезвычайно важно слаженно двигаться по всем направлениям. Кроме того, реформа первичной медицинской помощи не сможет стать успешной в изоляции от других уровней системы здравоохранения. Эффективная система первичной медицинской помощи должна являться составной частью более расширенной модели «скоординированной медицинской помощи», которая обеспечит лечение больных и контроль за состоянием их здоровья на должном уровне системы, чтобы сдерживать рост затрат и повышать качество.

Международный опыт показывает, что тенденция к росту неинфекционных заболеваний требует более сложного контроля за ходом лечения и координации медицинской помощи, и уровень первичной помощи играет в этом процессе важнейшую роль. Большинству (65-80%) больных неинфекционными заболеваниями требуется помощь первичного уровня, так как состояние их здоровья в достаточной мере поддерживается за счет самоконтроля (рис. 1). Такая помощь может и должна опираться на прочную систему первичной медицинской помощи. Порядка 5% больных неинфекционными заболеваниями нуждается в сложном лечении, осуществляемом специализированными или больничными учреждениями. Между этими группами находятся пациенты с повышенным риском, которым требуется структурированная медицинская помощь специалистов. Первичная помощь играет ключевую роль в контроле заболеваний во всех трех группах. Кроме того, опыт развивающихся стран показывает, что расходы на первичную медицинскую помощь больше соответствуют интересам бедных слоев населения, чем расходы на больницы.

Рис. 1: Модель «пирамиды медицинской помощи»

*Источник:* адаптировано по материалам Министерства здравоохранения США, 2005 г.



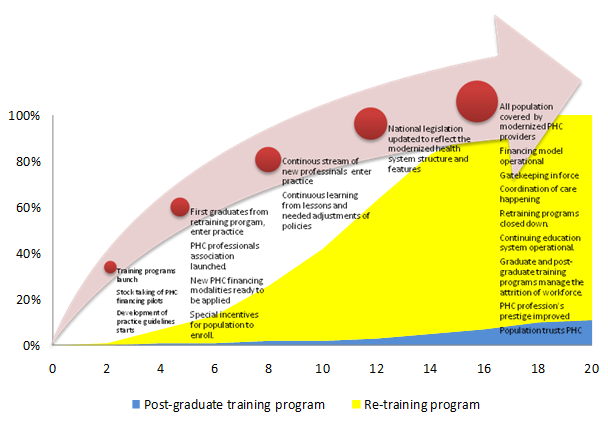
Исходя из мирового опыта, ключевые шаги реформы первичной медицинской помощи, которые указаны на рис. 2, включают:

*В краткосрочной перспективе:*

В качестве отправной точки – достижение консенсуса по вопросу о направлении принятого курса и основных составных частях реформы, и мы знаем, что Россия уже несколько лет ведет такой диалог. Это позволит наметить масштабы реформы первичной медицинской помощи и принять решения по вопросам, касающимся профессиональной квалификации, форм организации работы персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, механизмов и источников финансирования, распределения функций между государственными органами и т.д. Настоящий документ служит отличной отправной точкой, но было бы целесообразно дополнить его более целостным видением.

Если потребуется апробировать институциональные схемы работы новых поставщиков первичной медицинской помощи, можно это сделать на примерах реализации пилотных проектов в России и международного опыта. Следует также осуществить пилотные проекты создания центров оказания комплексной медицинской помощи, в которых будут работать не только врачи общей практики, но и другие профессионалы (амбулаторные специалисты, социальные работники, гериатры).

Рис. 2. Дорожная карта модернизации системы первичной медицинской помощи



Источник: Palu (2011).

*В средне- и долгосрочной перспективе:*

Обучение нового поколения медицинских работников новым навыкам – это процесс, для осуществления которого потребуется жизнь целого поколения. Для того чтобы достичь этой цели (предположим) к 2030 г., необходимы значительные изменения в медицинском образовании, и настоящий документ указывает правильное направление. Следует изучить стандарты ОЭСР и определить необходимую численность врачей общей практики и среднего медицинского персонала, а затем выяснить, обеспечивает ли нынешнее число медицинских вузов подготовку врачей, сравнимую с 8-летней подготовкой в западных университетах. Необходимо будет обеспечить переходные схемы, обеспечивающие баланс между нынешним контингентом медицинских работников (временные программы) и созданием новых потоков обучения (постоянных). В этом отношении можно использовать уроки проведения такой реформы в бывших социалистических странах Восточной Европы и Средней Азии.[[1]](#footnote-1)

Необходимо дальнейшее реформирование модели финансирования первичной медицинской помощи. Международный опыт подсказывает, что ресурсы могли бы выделяться на подушевой основе с учетом рисков, связанных с полом, возрастом и т.п., а также, возможно, социально-экономических параметров (бедность, удаленность). Страны с высоким и средним доходом дают примеры моделей различной сложности: например, Великобритания использовала сложные модели выделения ресурсов с учетом имеющихся потребностей, а Таиланд в своей системе медицинского страхования применяет более простые методы выделения средств.

Целесообразно внедрение методов финансирования, предусматривающих стимулирование работников первичного звена за достижение надлежащих результатов и поощрение обращаемости населения за первичной медицинской помощью. Накапливающийся сегодня в мире передовой опыт финансирования первичной медицинской помощи сочетает методы, предусматривающие фиксированную оплату, финансирование на подушевой основе и использование дополнительных стимулов, которые могут обеспечить повышение эффективности лечения, и в то же время позволяют снизить затраты больных и системы здравоохранения. В России в отдельных регионах уже отрабатываются подобные модели, которые также можно интегрировать с моделью фондодержания.

Со временем можно перейти к модели «привратника» с целью сокращения числа больных, которые не обращаются за первичной медицинской помощью, а в более широком смысле, в целях повышения координации в системе оказания медицинской помощи больным на разных уровнях системы здравоохранения. Для этого потребуется не только повышение качества услуг, предоставляемых работниками первичного звена, но и улучшение координации между первичным уровнем и более высокими уровнями, делая особый упор на материальное стимулирование медицинских работников первичного звена, а также больных при обращаемости за первичной медицинской помощью. Для осуществления этого процесса полезными могут оказаться уроки, извлеченные из мировой практики (врезка 1).[[2]](#footnote-2) Учитывая рост потребности в координации медицинской помощи с целью контроля за ростом неинфекционных заболеваний, представляется целесообразным использование более интегрированных моделей медицинской помощи.

|  |
| --- |
| Врезка 1. Организация интегрированной медицинской помощи и модели «привратника» в системе первичной медицинской помощи: международный опыт  Международный опыт предлагает примеры, как самостоятельных поставщиков первичной медицинской помощи, так и полностью интегрированные Организации по поддержанию здоровья (HMO), но независимо от выбранной модели важным вопросом является координация медицинской помощи между первичным и вторичным уровнями. Новые формы типа «трансмуральной» медицинской помощи могут способствовать уничтожению барьеров между различными уровнями оказания помощи с совместной общей ответственностью и закреплением конкретных обязанностей. В качестве примера «трансмуральной помощи» можно привести клинические руководства, на основе которых регулируются потоки больных на различных уровнях оказания медицинской помощи, паллиативной помощи и отделений по лечению отдельных заболеваний, в которых работают специалисты разного профиля (например, по лечению астмы, стенокардии)  В системах, опирающихся на первичную медицинскую помощь, ПМСП выступает в важной роли «привратника», и доступ к услугам узких специалистов и стационаров невозможен без направления от врача ПМСП, за исключения некоторых экстренных случаев. Исследования показывают, что модель «привратника» способствует росту роли ПМСП в системе здравоохранения и расширению диапазона управляемых заболеваний без ущерба для качества диагностики или для координации лечения больных. Функции «привратника» также тесно связаны с интеграцией и преемственностью медицинской помощи, так как вся информация о больном проходит через работников первичного звена и фиксируется в медицинских картах пациентов, хранящихся у «привратника».  Придание системе первичной медицинской помощи функции «привратника» является желательным, но должно четко сочетаться с улучшением качества первичной помощи, оказываемой медработниками. Модель «привратника» хорошо организована в Великобритании, Нидерландах, Австралии, Новой Зеландии, Финляндии и Канаде, а также в HMO в США. Следует, однако, отметить, что способность системы первичной медицинской помощи играть роль «привратника» зависит от возможности обеспечения хорошего качества такой помощи. Именно качество необходимо, прежде всего, обеспечить в России, поэтому обязательное внедрение функций «привратника» является задачей для выполнения лишь в средне- или долгосрочной перспективе. |

**Информатизация здравоохранения**

Что касается использования в системе здравоохранении информационных систем, рекомендуется вначале реализовать пилотный проект и проанализировать его результаты во избежание возникновения некоторых проблем, с которыми к настоящему моменту столкнулись другие страны… Такой проект мог бы быть осуществлен на региональном уровне при наличии координирующей роли центра и стандартов на федеральном уровне, а также налаженного мониторинга и системы оценки результатов.

**Разделение ответственности за финансирование здравоохранения между государством, населением и работодателями**

Тема о соплатежах раскрыта хорошо. Существует много причин, по которым может потребоваться введение (или отмена) платы за услуги или соплатежей. Эти причины можно указать в документе.

Причины для введения соплатежей могут быть следующими: a) в обстановке, когда медицинское обслуживание является предоплаченным или бесплатным, существует риск недобросовестности и риск чрезмерного или ненадлежащего использования услуг; b) для сокращения неофициальных выплат и перераспределения этих выплат на нужды системы, а не для увеличения личного дохода медицинских работников. (Хорошим примером этого является Киргизия, хотя Россия и является совершенно иной страной.); c) для привлечения дополнительных доходов в систему здравоохранения; d) чтобы показать, что медицинские услуги не являются бесплатными и должны использоваться осмотрительно; е) если плата за услуги является составной частью общей стратегии в сфере здравоохранения, это может положительно повлиять на то, где и как потребляются услуги (например, если вы захотите воспрепятствовать ненадлежащему использованию экстренной помощи в больницах при заболеваниях, которые можно лечить в амбулаторных условиях).

Почему нельзя вводить соплатежи: a) неблагоприятные последствия, особенно для бедных; b) если предоставление льгот (категориям лиц или по категориям услуг) затруднительно; c) если это не является источником дохода по сравнению с другими; d) если установить слишком высокую плату, это может стать тормозом для оказания необходимой помощи и (или) сказаться на удовлетворении других первоочередных нужд малообеспеченных домохозяйств (например, в продуктах питания); e) в целом, с точки зрения распределения это является регрессивной мерой, которая больше сказывается на бедных, чем на богатых; g) часто существует незначительная взаимосвязь между платой и фактической себестоимостью услуг (на самом деле, размер платы устанавливается произвольно), вот почему это не служит очень надежным ценовым сигналом.

В случае введения соплатежей может возникнуть необходимость подумать о страховании от возможных убытков (например, путем установления предельного размера платы с домохозяйства) и льготных условиях предоставления определенных услуг (по охране материнства, медицинской помощи детям и профилактике, в тех случаях, когда нужно, чтобы люди использовали услуги для улучшения состояния здоровья, и при лечении хронических заболеваний, когда такая помощь позволяет сократить затраты в более долгосрочной перспективе, например, при лечении диабета). Важную роль будет играть разработка методов оплаты медицинских услуг в случае введения платных услуг, а также необходимо провести анализ возможных последствий введения таких услуг.

Необходимо наличие надлежащего правого поля и регулятивной/административной структуры для установления соплатежей, и этот вопрос рассматривается в документе.

Кроме того, поступившие от соплатежей средства необходимо хранить и учитывать на уровне медицинского учреждения (вместо перечисления их в Минздрав или Минфин) и руководствоваться инструкциями по их использованию (и снова поучительным может оказаться опыт Киргизии). Это, правда, создаст некоторые проблемы, так как учреждениям придется собирать и контролировать платежи и отчитываться за собранные средства – это дополнительная административная нагрузка, особенно для небольших учреждений.

Четкая информация о схемах оплаты должна быть размещена/опубликована в СМИ и т.д., а также размещена в учреждении.

При изменении размера соплатежей следует учитывать реакцию общественности, необходимо также обеспечить наличие соответствующего механизма для обжалования/пересмотра вопросов, отданных на усмотрение администрации, например, оговорок, льгот и т.д.

Не следует отказывать в предоставлении жизненно важных медицинских услуг (которые необходимо будет оговорить), если пациент не в состоянии их оплатить по месту оказания помощи, хотя это создает дополнительные административные проблемы.

**Реструктуризация стационарной медицинской помощи**

Хотя мы и согласны с основным направлением реструктуризации стационаров, хотелось бы подчеркнуть важность разработки единой общенациональной методологии по созданию генерального плана развития стационарной лечебной помощи, который региональные органы власти могли бы использовать для создания рациональной сети учреждений амбулаторной и стационарной помощи в регионах. Это также согласуется с общей стратегией создания интегрированной системы медицинской помощи.

Оптимальный генеральный план должен предусматривать разработку геоинформационных (ГИС) карт, оценку текущей численности населения, транспортной сети, лечебных учреждений, медицинских технологий и т.д., а также предложения по размещению новых лечебных учреждений, реструктуризации, инвестициям и т.д. Генеральный план должен содержать описание долгосрочного видения с указанием задач по созданию эффективной, устойчивой и построенной на принципах справедливости сети, а также включать планы развития для использования в качестве руководства при осуществлении инвестиций и реструктуризации сектора здравоохранения в соответствии с общими целями политики в сфере здравоохранения. Существующая и новая сети должны быть представлены в геоинформационных системах.

Генеральный план представляет собой механизм, позволяющий проводить систематический анализ системы здравоохранения, выявлять недостатки или несоответствия, а затем предлагать реальные пути совершенствования системы здравоохранения с целью устранения этих недостатков или несоответствий. Важнейшей задачей генерального плана является определение того, какую роль частный сектор должен играть в системе здравоохранения, а также определение и устранение связанных с таким участием рисков с помощью таких механизмов как методы оплаты медицинской помощи, мониторинг результатов работы поставщика и контрактные отношения.

Необходимо предусмотреть обучение сотрудников на базе Минздрава и лечебных учреждений по вопросам разработки и реализации генерального плана. Необходимо предусмотреть меры по продвижению генерального плана и его реализации, представлению отчетов о ходе выполненных работ, а также порядок мониторинга и анализа.

Необходимо обеспечить сильное руководство для того, чтобы в среднесрочной перспективе сократить избыток мощностей в стационарном секторе.

**Разработка систем управления качеством**

Привлечение некоммерческих организаций позволит обеспечить баланс интересов и укрепить платформу для государственного и частного сектора в будущем. Негосударственная организация по аккредитации и негосударственные организации по контролю качества при Федеральном фонде ОМС являются двумя путями и возможностями, которые можно использовать. Это будет особенно важно по мере того, как Фонд начнет переход на новые системы оплаты медицинской помощи.

Применение ряда стимулирующих моделей оплаты медицинской помощи может привести к оказанию медицинской помощи в недостаточном объеме, преждевременной выписки из больниц, ненужные первичные и повторные госпитализации. Негосударственные группы контроля качества могли бы следить за качеством услуг, предоставляемых на основании договоров, заключенных Фондом.

**Развитие учреждений медицинского страхования**

Надлежащая роль частного страхования, исходя из мирового опыта, состоит в том, чтобы:

* Выполнять роль третьей стороны (внешних администраторов), которые будут заниматься обработкой претензий и (или) «рискованными» договорами на основе подушевых нормативов. Таких администраторов можно отбирать на конкурентной основе.
* Их вторая роль – дополнительное медицинское страхование.

Банк настоятельно рекомендует не допускать развития форм добровольного медицинского страхования (ДМС), предусматривающих добровольный отказ застрахованных от участия в системе обязательного медицинского страхования, реализуемой через Фонд обязательного медицинского страхования. Это повлекло бы за собой создание двухуровневой системы, утрату доходов и переход пациентов, страдающих более серьезными заболеваниями в государственный пул, что вызвало бы рост подушевых затрат. Применение этой политики в Чили, Перу, Германии не дало положительных результатов.

В том случае, если страховые медицинские организации будут заниматься также дополнительным медицинским страхованием, потребуется создать нормативно-правовые разграничения между двумя направлениями деятельности, как это сегодня происходит в Швейцарии. В противном случае страховщики будут использовать свою систему учета страховых случаев, чтобы отделить «хорошие» риски от «плохих» и создавать направления для обслуживания богатых и здоровых, отказывая в доступе тем, кто может действительно в этом нуждаться.

**Государственно-частные партнерства**

Одно из направлений реформы, реализация которого намечена в среднесрочной перспективе, состоит в повышении конкуренции с участием негосударственного сектора с целью создания образцовых лечебных учреждений и повышения эффективности их работы. Если государство намерено поощрять более широкое привлечение частного бизнеса, то в этом могут принять участие международные компании, инвестирующие в создание больничных учреждений. Такие инвесторы способствовали бы внедрению передового мирового опыта в практику управления больничным учреждением и контроля качества его работы. К таким объектам могут относиться как новые больничные учреждения, так и учреждения, управляемые негосударственными организациями по договору с государственными больницами. Существуют значительные возможности для передачи управления государственными больницами некоммерческим организациям, как это успешно делается в странах со средним уровнем дохода, например, Бразилии, и ряде стран ОЭСР. Для достижения этой цели будет полезно подключить к процессу финансирования и закупок негосударственные организации. Это в свою очередь потребует развития режима лицензирования и аккредитации, чтобы обеспечить соблюдение минимальных стандартов качества.

Одно настоятельное предупреждение: привлечение частных компаний может способствовать созданию (вновь) двухуровневой системы, при которой богатым будут более доступны дорогие частные больницы. Во-вторых, все лучшие поставщики медицинских услуг могут перейти на работу в такие учреждения, как это произошло в Таиланде и Малайзии под предлогом развития медицинского туризма.

Можно принять законодательные меры, чтобы обеспечить лечение соразмерного числа больных и малообеспеченных и уязвимых групп населения в системе учреждений, управляемых частными компаниями. Иными словами, необходимо установить социальный «нижний предел» для того, чтобы доля обслуживаемых пациентов из малообеспеченных групп составляла не менее 10-20% от общего объема.

**Структура доклада.**

Выше представлены комментарии по всем разделам доклада. Если у экспертной группы есть время и заинтересованность переработать данную главу, можно было бы подумать об изменении ее структуры на следующей основе:

1. *Результаты в сфере охраны здоровья низкие.*

Структура заболеваемости за последние несколько десятилетий коренным образом изменилась по сравнением с периодом преобладания инфекционных болезней (проблема лечения которых успешно решалась с помощью модели Семашко!), а новая структура заболеваний требует пересмотра организации сектора здравоохранения, как это случилось в Европе несколько десятилетий назад, когда там произошли демографические изменения.

1. *Почему результаты в сфере охраны здоровья такие низкие?*

a) ЧРЕЗВЫЧАЙНОЕ ЗНАЧЕНИЕ имеют вопросы, связанные с охраной здоровья населения, такие как борьба с употреблением табачных и алкогольных изделий, продукты питания и т.д.

b) В системе здравоохранения до сих не преобладают услуги по укреплению здоровья. Врачи тратят много времени (и ресурсов) на работу, которая не приносит пользы здоровью (например, административные задачи, бумажная работа), а больные остаются либо на больничных койках без эффективной медицинской помощи, либо дома без лекарств.

*3) Необходим переход к оказанию медицинской помощи, основанной на принципах доказательной медицины и экономической целесообразности:*

a) Первичная медицинская помощь

b) Меры в области укрепления здоровья и профилактики

c) Управление и лечение хронических заболеваний

d) Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья.

1. *Для внедрения этих инициатив потребуется финансирование*:
2. В России имеется достаточное «налогово-бюджетное» пространство для выделения дополнительных средств
3. По сравнению с другими странами Россия расходует меньше средств на государственную систему здравоохранения
4. В то же время инвестиции должны идти в эффективно и результативно работающий сектор, что происходит не всегда, как показывают результаты деятельности этого сектора.

*5) Существует насущная необходимость использовать передовой мировой опыт, например «финансовые сигналы»*, с целью повышения эффективности использования выделяемых ресурсов и финансовой защиты:

a) Реформы методов оплаты медицинской помощи

b) Использование соплатежей с учетом принципа равенства в доступе и льгот для малообеспеченных слоев

c) Избирательное использование частного финансирования для повышения доходов сектора и усиления финансовой защиты.

*6) Реструктуризация системы оказания медицинской помощи*

a) Продолжение разработки генеральных планов развития сети медицинских учреждений

b) Роль государственно-частных партнерств в повышении конкурентоспособности и эффективности работы сектора

c) Создание новых традиций оказания качественной помощи.

**Чем можно было бы дополнить настоящем документе?**

Во-первых, в целом недостаточно сделан акцент на справедливое обеспечение и защиту бедных слоев. Отдельные изменения могут негативно отразиться на менее обеспеченных группах населения. Что можно сделать, чтобы следить за потенциальным воздействием и проводить его анализ?

Во-вторых, необходимо рассмотреть и оценить различные варианты (сценарии) бесплатного обеспечения лекарственными средствами больных при амбулаторном лечении в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В-третьих, по многим из предлагаемых идей и реформ было бы полезно предусмотреть более сжатые сроки реализации, а мероприятия по каждому направлению можно разделить на краткосрочные (1-2 года), среднесрочные (3-5 лет) и более долгосрочные (6-10 лет).

Специалисты Всемирного банка будут рады продолжению дальнейшего сотрудничества с экспертной группой по вышеизложенным вопросам.

С уважением,

Джек Лангенбруннер, Антонио Гиуффрида и Севиль Салахутдинова

Всемирный банк

1. Всемирный банк. Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia (*Обзор опыта семейной медицины в Европе и Средней Азии*) (2005). [↑](#footnote-ref-1)
2. См. обзор опыта стран ОЭСР при проведении реформ по оказанию скоординированной медицинской помощи (2007 г.). [↑](#footnote-ref-2)